

Rippe, Bernhard
Diss. Bremen
1985



Bernhard Rippe

Krisenverarbeitung und Psychoanalyse
Untersuchungen der Patientenentscheidung bei
Aufnahme einer psychoanalytischen Therapie

Dissertationsschrift
zur Erlangung des Grades eines Doktors
der Philosophie der Universität Bremen

Diese Arbeit hat dem Promotionsausschuß Dr. phil.
der Universität Bremen als Dissertation vorgelegen.
An dem Promotionsverfahren haben Prof. Dr. Wilhelm
Mader und Prof. Dr. Dr. Otto Döhner als Gutachter
mitgewirkt. Das Kolloquium fand am 16. 10. 1985 statt.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
I Theoretische Grundpositionen	
1. Die Konzeption des interpretativen Paradigmas	10
2. Die biographische Analyse	14
II Das Behandlungsverfahren - die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie	
1. Das Versorgungsangebot	18
2. Der Entwicklungsstand der psychoanalytischen Theoriebildung	26
III Diskussion der Ansätze, die zu einer Theorie der Patientenentscheidung beitragen	
1. Zur Funktion der Übertragung und Gegenübertragung	34
2. Die psychoanalytische Metapsychologie nach FREUD, RAPAPORT, HARTMANN u.a.	44
3. Die Bedeutung der Narzißmus-Theorie	58
4. Spezifische Grundkonzepte der Objektbeziehungstheorie	66
5. Möglichkeit und Begrenzung psychoanalytischer Konzepte zu einer Theorie der Patientenentscheidung - Zusammenfassung	72
IV Zur Analyse der Patientenentscheidung aus biographischer Perspektive	
1. Zum methodischen Ansatz	76
2. Die Bedeutung der existentiellen Belastung	80

3.	Überlegungen zur "produktiven Krise" und ihren Folgeerscheinungen	88
4.	Typische Unterschiede zwischen der Lebenssituation zu Beginn der Erkrankung und zum Zeitpunkt der Psychotherapieentscheidung	95
5.	Überlegungen zur sozialen Vermittlung der Psychoanalyse als Teildimension der Psychotherapieentscheidung	112
6.	Zusammenfassung des neuen theoretischen Modells der Patientenentscheidung	117
7.	Welche Erweiterungen der empirischen Überprüfung sind möglich?	120
V	Die Anwendbarkeit des neuen theoretischen Modells in der therapeutischen Praxis	
1.	Die Grundprinzipien der psychoanalytischen Behandlungstechnik	129
2.	Überlegungen zur Indikationsstellung	134
3.	Der Deutungswunsch des potentiellen Patienten für die Dimensionen seiner Entscheidung	150
4.	Die Funktion der Patientenentscheidung aus der Sicht des Psychoanalytikers	157
5.	Einige Bemerkungen zum "Kompaß der Seele" von T. MOSER (1984)	163
6.	Spezifische Zugangsmöglichkeiten und Grenzen des neuen theoretischen Modells	167
7.	Hinweise zur Abschlußphase der Therapie	176
VI	Schlußbemerkung	186
	Literaturverzeichnis	190

Einleitung

Wendet sich ein Psychotherapieinteressierter an einen Therapeuten - in dem hier untersuchten Problemfeld an einen Psychoanalytiker - so entsteht eine soziale Interaktion, die nach zumeist umfangreichen Vorüberlegungen über die Aufnahme einer Therapie entscheidet. Dieses erste Ergebnis des Patienten-Therapeuten-Dialoges entwickelt sich in einem Rahmen, der aus der Sicht des Therapeuten die folgende Struktur aufweist: Der Patient aktualisiert zunächst sein Leiden, seine Hoffnungen und Befürchtungen, der Psychoanalytiker bietet den Raum, in dem sich dieser Bericht entfalten kann. Darüber hinaus übersetzt er seine Wahrnehmung der Konfliktlage und der Persönlichkeit des Patienten in das metapsychologische Modell seiner Fachdisziplin. Nach in der Regel zwei bis fünf Vorgesprächen empfiehlt der Therapeut die Aufnahme der Therapie oder er begründet ihre Nichteignung. Diese Entscheidung wird legitimiert durch die Anwendung routinisierter Muster psychoanalytischer Praxis, die auf Fragen der Indikationsstellung und auf therapieprognostische Faktoren bezogen werden. Die dafür zur Verfügung stehenden Konzepte sind hochdifferenziert und haben einen reichen Erfahrungshintergrund. Allerdings gibt es auch deutliche Problembereiche. Hierzu zählen die diagnostischen und prognostischen Unsicherheiten bei den sogenannten "frühen" Störungen (z.B. bei psychosomatischen Erkrankungen und narzißtischen Neurosen) oder auch die Differenzierung der subjektiven therapeutenzentrierten Indikationsstellung. Dabei zeigt sich in den zusammenfassenden Überlegungen zur Therapieentscheidung, daß die psychoanalytische Theorie im wesentlichen die Verarbeitungsmuster des Therapeuten reflektiert und sehr viel

weniger die Dimensionen und die Sinnperspektive der Patientenentscheidung, die ja im Dialog zwischen Patient und Therapeut eine spezifische Darstellung und Interpretationsmöglichkeit finden könnte. Dies jedoch geschieht im allgemeinen nicht, da die "Hörebene" des Therapeuten "besetzt" sind und er durch die Anwendung der traditionellen Kanäle auch umfassend gefordert ist (z.B. durch Überlegungen zur Konfliktstruktur, zur Beziehungsdynamik und zu spezifischen Angst- und Gefahrensituationen). Unter der Voraussetzung jedoch, daß sich die theoretischen Raster verändern und zu neuen Handlungsanweisungen führen, erscheinen Überlegungen und Differenzierungen möglich, die den spezifischen Dialogverlauf beeinflussen und letztlich auch zu anderen Kooperationsvereinbarungen führen. Wie sieht ein solcher Prozeß in seiner Konkretisierung aus? Die hier vorliegende Arbeit zentriert sich um die Untersuchung des lebensgeschichtlichen Zusammenhanges der Therapieentscheidung, wie sie in einer gemeinsamen Reflexion zwischen Patient und Therapeut erarbeitet werden kann. Die zugrundeliegende theoretische Folie basiert auf den konkreten therapeutischen Erfahrungen des Verfassers, nach denen die Entscheidung als Vermittlungsprozeß verschiedener abgrenzbarer Dimensionen interpretiert werden kann, die wiederum typische Grundstrukturen erkennen lassen. Die Komplexität dieses Bedingungsgefüges verdeutlicht bereits der folgende Ausschnitt aus einem Erstinterview.

Fallbeispiel 1

Herr S. (34 J., Studienrat)¹ berichtet:

"Ich schlage mich seit vielen Jahren mit Problemen rum, die ich nicht bewältigen kann. Ich bin nervös, angespannt, unsicher, habe große Ängste, mich überhaupt zu äußern, sitze sehr häufig deprimiert in der Gegend rum. Nachts schlafe ich sehr schlecht, plötzlich bekomme ich Atemnot oder auch Magen- und Herzschmerzen. Tagsüber besteht ein permanenter Erschöpfungszustand, so daß ich nur wenige Stunden überhaupt arbeiten kann."

Auf meine Frage², wie lange das schon gehe, antwortet Herr S.:

"Mir kommt es so vor, als ob es schon immer so gewesen sei, aber in der Ausprägung wie heute, da würde ich sagen, seit etwa 15 Jahren."

Da ich bereits mit den Vorüberlegungen zu dieser Arbeit begonnen hatte, frage ich Herrn S., ob er bereits vor 15 Jahren an eine Psychotherapie gedacht habe oder erst später, und ob er sagen könne, warum er gerade jetzt hier sei. Die Frage löst zunächst eine erhebliche Ratlosigkeit aus. Herr S.:

"Ich hätte vielleicht einen konkreten Fingerzeig haben müssen, vielleicht war es auch mangelnde Information, mangelnde Kenntnis, Nein, das kann auch nicht stimmen,

¹ Wesentliche Merkmale der Patienten, die außerhalb der bearbeiteten Fragestellung liegen, wurden so verändert, daß ihre Anonymität gewährleistet ist.

² In den Dialogbeispielen benutzt der Verfasser für seinen Anteil die Ich-Form, um die Realität der Interaktion möglichst erlebnisnah wiederzugeben.

1966 war ich kurzfristig in einer Klinik, der Hausarzt und der Klinikarzt haben beide auf die Notwendigkeit einer Psychotherapie hingewiesen... Sicher ging es mir damals so schlecht wie heute... nein, auch das stimmt so nicht... eigentlich fühle ich mich heute insgesamt etwas besser, vielleicht ist das ja der entscheidende Punkt..."

Offensichtlich liegt ein komplizierter Vermittlungsprozeß der Entscheidungsbildung vor. Die einzelnen Dimensionen sind zunächst unstrukturiert, lassen sich jedoch in ihrer spezifischen Darstellung im Dialog zwischen Patient und Therapeut weiter entwickeln und präziser interpretieren (siehe S. 90).

Ausgehend jetzt von der Vorannahme, daß die Therapieentscheidung als komplexes Bedingungsgefüge interpretierbar ist, wird im ersten Teil dieser Arbeit ein theoretisches Modell über die innere Struktur dieser Entscheidung entwickelt. In einem zweiten Abschnitt wird untersucht, in welcher Weise die neu formulierte Theorie eine Veränderung des Therapeutenkonzeptes erfordert, die sich in neuen Erfahrungsebenen des Erstinterviews, der Vorgespräche, der Indikationsstellung und der Anfangsphase der Therapie niederschlägt.

Beide Aufgabenstellungen werden in folgenden Teilschritten bearbeitet: Da der Prozeß der Theorieentwicklung abhängig ist von der Steuerung durch grundlagentheoretische Positionen, werden zunächst die hier verwandten Modelle eingeführt - das interpretative Paradigma und die biographische Analyse. Auf der Grundlage dieser Positionen wird eine Neuinterpretation der Lebensgeschichte des Patienten versucht, in der Absicht,

einen Kulminationspunkt seines Therapieinteresses im Dialog festzulegen. Eine so begründete Vorgehensweise unterscheidet sich schwerpunktmäßig von den bekannten psychoanalytischen Konzepten, die bereits Beiträge zur Patientenentscheidung anbieten. Hier liegt die Interpretationsarbeit in der Deutung einer unbewußt determinierenden Motivation der Therapieentscheidung, in der aktuellen Momentaufnahme des intrapsychischen Regulationssystems. Der lebensgeschichtliche Kontext ist impliziert über die zur Struktur gewordenen genetisch bestimmenden Interaktionsmuster enthalten. Diese werden jedoch wesentlich über die subtile Übersetzungsarbeit des Psychoanalytikers interpretiert und enthalten nicht die im Dialog erarbeitete Selbstwahrnehmung des Patienten, der seine partielle Identität hinsichtlich seines Therapieinteresses neu festlegt. In kritischer Diskussion gegenüber den bekannten Ansätzen wird das neue theoretische Modell als Vermittlungsprozeß dreier Dimensionen entwickelt. Diese werden gekennzeichnet als die "subjektiv empfundene Existenzbelastung" des Patienten, die "schöpferischen Aspekte" seiner Krise und die besondere "soziale Vermittlung" des Behandlungsverfahrens. Das spezifische Bedingungsgefüge der genannten Kategorien wird über Beispiele und Dialogverläufe erarbeitet. Abschließend erfolgt der Versuch, das neue theoretische Modell in einigen möglichen Auswirkungen auf die Patienten-Therapeuten-Interaktion zu reflektieren und die Relevanz des neuen Ansatzes zu begründen.

Diese hier skizzierte Entwicklung in der Verarbeitung therapeutischer Erfahrungen mit Hilfe des interpretativen Paradigmas und der biographischen Analyse wird somit getragen von der Anwendung zweier nicht psychoanalyseoriginärer

Theorietraditionen, die jedoch in der Praxis der Psychoanalyse zu Hause sind und deren Ausarbeitung diese Praxis auf eine angemessene theoretische Basis stellt. Von daher versteht sich die Reflexion neuer Gesichtspunkte der Patientenentscheidung als Weiterentwicklung ich-psychologischer und objektpsychologischer Ansätze der Psychoanalyse, somit als Beitrag zur Entwicklung der psychoanalytischen Theorie. Darüber hinaus wird der Versuch gemacht, Möglichkeiten der weiteren Nutzung der genannten Ansätze vorzustellen, die bisher kaum ausgearbeitete Bestandteile der psychoanalytischen Theorie explizieren und Differenzierungsschritte anbieten (siehe S. 176 - 185).



I Theoretische Grundpositionen

1. Die Konzeption des interpretativen Paradigmas

Als interpretatives Paradigma wird - in Gegenüberstellung zum normativen Paradigma - eine grundlagentheoretische Position in der Soziologie bezeichnet, "die davon ausgeht, daß alle Interaktion ein interpretativer Prozeß ist, in dem die Handelnden sich aufeinander beziehen durch sinngebende Deutungen dessen, was der andere tut oder tun könnte" (MATTHES 1973, S. 201). Dieser Ansatz geht auf HUSSERL, SCHÜTZ und MEAD zurück und wurde u.a. in den letzten zehn Jahren von der Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen weitergeführt (1973, 1975). Als anthropologische Grundannahme des interpretativen Paradigmas gilt, daß menschliches Handeln unter einer aktiven sinngeleiteten Perspektive steht und nicht als "reaktives Sichverhalten" aufgefaßt werden soll (vgl. die Auseinandersetzung von WEBER 1921 und WATSON 1913, 1914). Kritisiert wird das an naturwissenschaftlichen Modellen orientierte "normative Paradigma" der empirischen Sozialwissenschaften, in dem die Perspektive einer objektiv abbildenden und deduktiv erklärenden Wissenschaft festgehalten wird. Demgegenüber vertritt das interpretative Paradigma, daß auch die Theoriebildung als interpretativer Prozeß angelegt ist. Ebenso wie zwischen den Partnern eines Interaktionsprozesses besteht zwischen den Beteiligten einer wissenschaftlichen Untersuchung eine wechselseitige Verschränkung. Diese ist darin zu sehen, daß die Teilnehmer Bedeutungspotentiale akzeptieren, verwerfen, modifizieren oder entwickeln, ein Prozeß, der als Situations-Definitions-Verhandlung aufgefaßt werden kann.

Der Vorteil dieser durch Kommunikation gewonnenen Kenntnisse liegt in der Erfahrung unmittelbarer Nähe zu wesentlichen untersuchungsbedürftigen Situationen. Dabei zeigt sich die Bedeutung erlebnisnaher Eindrücklichkeit insbesondere gegenüber der Isolation von Kranken, Behinderten, Randgruppen (SCHUCHARDT 1980) oder der Verarbeitung des Sterbens (KÜBLER-ROSS 1971, 1975, 1976).

Zurückgeführt auf die psychotherapeutische Kooperation gilt, daß ein Dialog zwischen zwei Interaktionspartnern stattfindet, der überwiegend durch den Austausch von sprachlichen Mitteilungen, durch Mimik, Gestik und andere nichtsprachliche Signale bestimmt wird. Dem Analytiker wird dabei die Fähigkeit zugesprochen, auf Affekte des Patienten - die für diesen noch nicht bewußtseinsfähig zu sein brauchen - mit z.B. analogen Affekten zu antworten, die er dann möglicherweise in seine strukturierte Wahrnehmung überführen kann. Wird diese Verknüpfung mitgestaltet von den persönlichen Implikationen des Analytikers, so gilt dies ebenso für seine intellektuellen Verarbeitungskanäle. Zählen jetzt - im psychoanalytischen Verständnis - affektive Ansprechbarkeit und intellektuelle Ausdeutbarkeit zu den entscheidenden Dimensionen des Patienten-Therapeuten-Dialogs, dann lassen sich bei dieser - hier auf die Reflexion der Patientenentscheidung zentrierten - interaktiven Kommunikation¹ drei Aspekte unterscheiden.

¹ Zum kommunikationstheoretischen Ansatz vgl. z.B. BATESON u.a. 1969, WATZLAWICK u.a. 1972, LAING 1974. Die Abgrenzung der Dimension des Vermittlungsaspektes wird (für didaktische Interaktionen) u.a. von KEIL 1977 begründet.

1. Der Inhalt - über welche Themen wird kommuniziert?
Es kann - so zeigt der weitere Verlauf dieser Untersuchung - für Kooperationsvereinbarungen von entscheidender Bedeutung sein, ob in den Vorgesprächen über Krankheit, Krise oder Hoffnung verhandelt wird.
2. Die Vermittlung - wie verläuft der Verständigungsprozeß?
Indem schrittweise ein neues theoretisches Modell in den Patienten-Therapeuten-Dialog eingeführt wird, dadurch Abweichungen von der gewohnten psychoanalytischen Praxis notwendig werden, dienen Ausschnitte aus Vorgesprächen der Darstellung komplexer Interaktionsstrukturen.
3. Die Beziehung - welche Informationen ergeben sich zum interpersonalen Kontakt, d.h., welche affektive Kommunikation ist fühlbar und formulierbar?
Hier wesentlich ist die affektive Resonanz des Dialogs über die Patientenentscheidung hinsichtlich späterer Überlegungen zum Anlehnsbedürfnis des Patienten, zum Arbeitsbündnis und zur Zentrierung therapeutischer Interventionen.

Wird die komplexe Dialoggestalt der Vorgespräche künstlich reduziert auf den Aspekt der Patientenentscheidung, steht die folgende Position im Zentrum aller hier neu entwickelten Überlegungen: Der Therapeut folgt dem Patientenbericht und hört Dimensionen seines Therapieinteresses mit. Ausgehend von seinen subjektiven Erfahrungen kann er strukturieren und auffordern, einen

gemeinsamen Reflexionsprozeß über die Therapieentscheidung zu beginnen. Dieser Vorgang wird besonders bedeutsam unter der Voraussetzung, daß der Therapieinteressierte nicht Daten oder Material anbietet, sondern seine eigene Version, seine eigene Geschichte zu seinen Leiden und Hoffnungen vertritt (vgl. z.B. MADER 1976¹), ebenso wie zu seiner Therapieanfrage. Versteht sich - auch bei dieser Vorgehensweise - die Psychoanalyse als lebensgeschichtlich gewendete Analyse, dann erfüllt die Aufarbeitung des Sinnzusammenhanges der Patientenentscheidung mehr als eine bilanzierende Aufgabe. Eine begrenzte Erweiterung der Selbstwahrnehmung kann geleistet werden, die für sich genommen eine partielle Identitätszunahme des Patienten darstellt, die aber auch gleichzeitig ein Moment affektiver Beziehungsaufnahme für Patient und Therapeut ermöglicht.

Unter dieser Perspektive - eingeschlossen der wesentlich mitbeteiligten Rolle des Verfassers am Prozeß der Theoriebildung - steht die Erfahrungsverarbeitung in einem fortschreitenden Differenzierungsprozeß verschiedener gedanklicher Entwürfe. Die Darstellung dieser Entwicklung verdeutlicht den schrittweisen Aufbau einer Interaktionsstruktur, die letztlich bestimmte Konsequenzen sowohl in den interpretativen Mustern des Therapeuten als auch in der empirischen Weiterführung der Untersuchung ermöglicht bzw. fordert.

¹"Jeder hat seine eigenen Geschichten, um zu erklären, was vor sich geht und warum" (LAING 1974, S. 54, zit. b. MADER 1976).

2. Die biographische Analyse

Unter der Perspektive des interpretativen Paradigmas verarbeiten seit einigen Jahren sozialwissenschaftliche Studien zunehmend biographisches Material und beschränken die sogenannten "exakten Verfahren", die sich insbesondere in Bereichen als fragwürdig erwiesen, in denen prozessuale Verhaltensabläufe untersucht werden (z.B. NEGT 1971, LEHMANN 1977).

Zusätzlich oder stattdessen wird die teilnehmende Beobachtung z.B. von Autobiographien empfohlen, da diese über individuelle Lebenszusammenhänge hinausweisen und sich zu "typischen" Erfahrungen einer Gruppe, zu kollektiven Erfahrungen zusammenfassen lassen. Die typische biographische Darstellung einer Gruppe wiederum ist geeignet, Vermittlungsprozesse zwischen Individuum und Gesellschaft zu verdeutlichen. "Die Autobiographie dokumentiert also nicht - Geschichte überhaupt - sondern Erfahrung von Geschichte, an der der Erzählende teilgenommen hat" (TRILLHAAS 1978, S. 716).

Bei der Untersuchung der Psychotherapieentscheidung geht es um die Interpretation des Bedingungsgefüges dieser Entscheidung mit den Faktoren der Selbstwahrnehmung des Patienten und den besonderen sozialen Vermittlungskanälen des therapeutischen Verfahrens. Gesucht ist ein potentieller Kulminationspunkt innerhalb einer lebensgeschichtlichen Perspektive, der die Neudefinition einer Lebens-, Leidens- und Hoffnungssituation darstellt und somit andere Aspekte als die neurotische Symptomatik erfaßt. Die damit angesteuerte Mehrdimensionalität des Krankheitsverlaufes sieht in

den körperlichen oder psychischen Symptomen nur einen Teilaspekt der insgesamt vom Patienten erlebten Probleme und Belastungen. Er erlebt z.B. zunehmende Schwierigkeiten innerhalb seiner Familienbeziehungen, in seiner beruflichen Entwicklung oder sucht neue Wege der Idealisierung und Aktivität. Andererseits ist er abhängig von medizinischer oder psychotherapeutischer Unterstützung, die er entweder aufsuchen kann oder mit der er konfrontiert ist. Diese Annahme der Verflechtung unterschiedlicher Dimensionen führt zur Denkfigur der Krankenkariere, wie sie bei DAVIS 1963, GOFFMANN 1961 und ROTH 1963 beschrieben wurde (siehe GERHARDT 1976). Das Konzept der Krankenkariere bedeutet für die Theorie der Patientenentscheidung, daß der Kulminationspunkt innerhalb einer Zeitstruktur anzusiedeln ist, in der Krisenpunkte bzw. Schlüsselereignisse die neue Strategie festlegen.¹ Werden diese einzelnen Stationen über den Patienten-Therapeuten-Dialog interpretiert, liefert die Orientierung an der subjektiven "Binnensicht" des Patienten keine abgegrenzte theoretische Konstruktion. Vielmehr formuliert der Patient ein Repertoire an Deutungs- und Handlungsstrukturen, die gewöhnlicherweise zu seinen unbefragten und selbstverständlichen Erfahrungsbeständen gehören. In dieser aktualisierten Betrachtung sammeln sich von daher keine empirischen Belege für den Geltungsanspruch einer ganz bestimmten Interpretation, sondern der Patient faßt die von ihm durchlebten Situationen unter einer neuen Dimension zusammen, die als stimmiger "Horizont" seine Lebensgeschichte gegenwärtig hält (vgl. BARTELS 1978,

¹Vgl. auch die Ansätze der Selbstkonzeptforschung, z.B. FILIPP 1979 oder handlungstheoretisch orientierte Studien über den Umgang mit kritischen Lebenssituationen, z.B. KAISER 1980, BELSCHNER u. KAISER 1981, FILIPP 1981.

S. 111). Indem er so vorgeht, bindet er ein partikulares biographisches Ereignis in einen sozialen Interaktionszusammenhang ein.

"Dieser Vorgang hat eine doppelte Prämisse. Er nötigt den Erzähler, ein bestimmtes Ereignis im Kontext seiner Lebensgeschichte zu identifizieren und zu gewichten, also mindestens Konturen einer persönlichen Identität auszuarbeiten. Er unterstellt ferner, daß das zu erzählende Ereignis auch für seine Gesprächspartner im Rahmen des gemeinsam aktualisierten Handlungsschemas bedeutungsvoll ist, d.h., daß sich seine Vorstellung über die infrage stehende Ereigniskonstellation mit der seiner Gesprächspartner soweit "überlappt", daß die Erzählung virtuell auch in "die narrativ darstellbare Geschichte von Kollektiven" einzubringen wäre" (HABERMAS 1981, S. 206).

Eben diese Voraussetzung gilt hier für den Patienten-Therapeuten-Dialog, in dessen Verlauf die Intention des Psychotherapieinteressierten, seine partielle Identität zu seiner Entscheidung zu konturieren, zusammentrifft mit der Intention des Therapeuten, Erfahrungsfortschritte auf zwei Ebenen zu gewinnen:

- a) Als Ergänzung der prognostischen Überlegungen, d.h., daß über die Verhandlung der Patientenentscheidung Hinweise zum Arbeitsbündnis und zur Tätigkeit der Ich-Funktionen ergänzt werden.
- b) Hinsichtlich der Typisierung kollektiver Erfahrungen, d.h., daß durch die Ausarbeitung der neuen "Hörebene" wesentliche Aspekte der Vermittlungsvorgänge zwischen Psychotherapieinteressierten und psychotherapeutischer Versorgung verdeutlicht werden.

Begrenzt auf diesen Anteil der Vorgespräche liegt die Rolle des Untersuchers bzw. Therapeuten in dem Angebot einer Erzählfolie, die je nach Grad der Strukturierung entweder mehr eine passive Zuhörer-ebene oder eine kritische Reibungsfläche darstellen kann. Die einzelnen Dialogwiedergaben lassen diese Unterschiede erkennen, die damit verbundenen kritischen Überlegungen werden insbesondere in Kapitel V diskutiert. Bevor der engere Diskussionszusammenhang aufgenommen werden kann, folgt zunächst eine Übersicht über die hier relevanten Aspekte des therapeutischen Verfahrens und die bisherigen Ergebnisse zur Patientenentscheidung.

II Das Behandlungsverfahren - die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie¹

1. Das Versorgungsangebot

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie ist seit dem 1. 10. 1967 kassenärztliche Leistung. Grundlage dieser Regelung sind die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, jetzt gültig in der Neufassung vom 27. 1. 1976 (Deutsches Ärzteblatt 1976, S. 1634 - 1636 und 1768 - 1774). Mit den Ersatzkassen wurde ein fast identischer Vertrag mit dem 1. 4. 1971 abgeschlossen (Neufassung als Sonderdruck des Deutschen Ärzteblattes 1978).

Die erheblichen Schwierigkeiten, die genannten Therapieverfahren in die kassenärztliche Versorgung einzugliedern, beschreiben HAARSTRICK 1974, BROCHER 1974 u.a. Die Zahl der praktizierenden analytischen Psychotherapeuten dürfte heute weitgefaßt bei 3.000 liegen, wobei das Betätigungsfeld überwiegend auf den Einzugsbereich von ca. 20 Großstädten begrenzt ist. Überwiegend handelt es sich hierbei um Städte,

¹ Unter tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie werden Verfahren verstanden, die die unbewußte Psychodynamik psychischer Erkrankungen mit Hilfe der Übertragungs- und Widerstandsanalyse unter Nutzung regressiver Prozesse bearbeiten. Wird im folgenden auch von Psychoanalyse gesprochen, ist nicht das klassische Therapieverfahren "Psychoanalyse" gemeint, sondern die allgemeine psychoanalytische Grundlage der o.g. Ansätze (vgl. z.B. KUTTER 1977).

die über ein oder mehrere Ausbildungsinstitute verfügen. In der Regel lassen sich die neu ausgebildeten Psychotherapeuten in der Nähe dieser Institutionen nieder, allerdings überschreitet auch in diesen zentralen Regionen die Nachfrage nach Psychotherapie bei weitem das Versorgungsangebot.

Der Zugang zu den o.g. Verfahren verläuft in der Regel in folgenden Schritten¹:

1. Der Patient meldet sich bei einem von der kassenärztlichen Vereinigung bevollmächtigten ärztlichen Psychotherapeuten, der eine Indikationsstellung vornimmt.
2. Bei positiver Indikationsstellung wird der Patient in eine Warteliste aufgenommen oder zur Behandlung an Kollegen überwiesen.
3. Eine Wartezeit von mehreren Monaten bis zu einem Jahr ist wohl noch als untere Grenze anzusehen.
4. Nach der Durchführung eines Gutachterverfahrens kann die Psychotherapie beginnen.

Auf die Widersprüche dieses Versorgungsangebotes zu einem passiv-ängstlich-deprimierten Krankenverhalten bei psychischen Störungen hat MOELLER nachdrücklich hingewiesen:

¹Die Möglichkeiten und Probleme dieses Verfahrens im Zusammenhang mit der Patientenentscheidung werden in einem späteren Abschnitt wieder aufgegriffen (z.B. IV/5 und V/6).

"Bei psychischen Erkrankungen liegt ein generelles psychosoziales Symptom vor: das arztvermeidende Verhalten. Die psychisch Kranken schließen sich damit von der Versorgung auch selbst aus oder kommen erst mit jahre- bzw. jahrzehntelanger Verzögerung zum Arzt. Es sind Kranke, die nie oder zu spät Patienten werden. Das bedeutet: Die Patienten sind nur die Spitze des Krankenstandes, die in die institutionalisierte Versorgung ragt. Die Mehrzahl bleibt unversorgt" (MOELLER 1972, S. 95 f).

Vielen psychisch Kranken fehlt demnach die angemessene Begleitung, da das Therapieangebot Patienten ausschließt, die komplexe aktive Entscheidungen und Leistungen in ihrem Krankheitsverhalten nicht erbringen können. Die Hintergründe dieser wechselseitigen Isolation lassen sich z.B. auf der Ebene der Separation von Randgruppen reflektieren (vgl. z.B. RICHTER 1974, S. 222 f) oder als gesundheitspolitisch unzureichendes Integrationskonzept der Versorgungsträger. Allerdings ist auch eine Dimension von Beziehungsfähigkeit angesprochen, die das Binnenverhältnis von Patient-Therapeut betrifft. Dazu sind in der aktuellen Diskussion zunächst drei Schwerpunkte auszumachen:

1. Die Frage der Anwendungsbereiche und Adressaten analytischer Psychotherapie spielt seit Jahren eine wichtige Rolle. Insgesamt hat der Bekanntheitsgrad psychotherapeutischer Verfahren auf breiter Ebene zugenommen, trotz der offensichtlichen Wirksamkeit sozialer Selektionsfaktoren und der Tatsache, daß zwischen psychotherapeutischer Praxis und öffentlicher Einschätzung und Bewertung vielschichtige und schwierige Verbindungen bestehen (vgl. z.B. KOHUT 1975, S. 66; KUTTER 1977 a, S. 7; WEIGELDT 1981, S. 4). Obwohl der Gedanke naheliegt, daß bei

dieser insgesamt zunehmenden Etablierung auch der analytischen Psychotherapie ein bestimmter "Typus Therapieinteressierter" differenzierbar sein müßte, liegen solche Untersuchungen kaum vor. Zur "Herkunft" der Patienten wird von Therapeuten häufig registriert, daß Patienten aus sozialen und pädagogischen Berufen weit überproportional in Behandlung sind, eine detaillierte Untersuchung des Bedingungsgefüges ist jedoch m.E. bisher nicht geleistet worden. Überwiegend diskutiert wird weiterhin das soziale Ungleichgewicht in der therapeutischen Versorgung, ein seit Jahren zentrales Thema zahlreicher Studien (HOLLINGSHEAD u. REDLICH 1958, SROLE u.a. 1962, GLEISS u.a. 1973 usf., vgl. auch KEUPP u. BERGOLD 1972).¹ Direkt gerichtet an die Psychoanalyse wird der Vorwurf erhoben, daß ihre therapeutischen Möglichkeiten auf Mittelschichtpatienten begrenzt sind, mit der Wirkung, daß zur Theorie der psychoanalytischen Technik Überlegungen eingeleitet wurden, um die Therapiemöglichkeiten für sozial Benachteiligte zu verbessern (vgl. z.B. GOLDSTEIN 1978, MENNE u. SCHRÖTER 1980). Auch in der Gruppentherapie, der Familientherapie (STIERLIN) und der Randgruppenarbeit (RICHTER) werden modifizierte psychoanalytische Konzepte zugrundegelegt, die als positive Erweiterungen psychoanalytischer Interventionsmöglichkeiten verstanden werden können.

¹ Zur allgemeinen historischen Entwicklung der medizinsoziologischen Diskussion siehe KEUPP 1974, GEISSLER u. THOMA 1975, REBELL 1976, THOMA 1978.

2. Die psychoanalytischen Konzepte erfassen schärfer die Wechselbeziehung zwischen frühkindlichen Basisbedürfnissen und gesamtgesellschaftlichen Einwirkungen - transportiert über die Vermittlungsfunktion der Eltern. Auf diesem Wege entstehen Muster von Rollenkonflikten, Leistungsstörungen oder typischem Krankenverhalten, die auch wichtige Hinweise zur psychischen Situation des Therapieinteressierten geben (MOELLER 1972, SPERLING u. JAHNKE 1974, vgl. auch MASSING 1979). Die wohl umfassendste Integrationsarbeit hat die Psychoanalyse in Ansätzen bei den narzißtischen Neurosen und den Borderline-Störungen eingeleitet, indem eine neue Schule innerhalb der Psychoanalyse - die Objektbeziehungstheorie - weiter entwickelt und das bestehende Behandlungskonzept modifiziert wurde (KERNBERG 1981, ROHDE-DACHSER 1982, vgl. auch Kapitel III/3 und III/4).
3. Der Bereich der Indikationsstellung für analytische Psychotherapie hat sich erheblich erweitert. Zu verschiedenen Krankheitsbildern und Persönlichkeitsstrukturen wurden differenzierte Vorstellungen entwickelt, um die therapeutische Technik spezifisch einzustellen. (Neben KOHUT und KERNBERG siehe auch CREMERIUS 1977, HAESLER 1979, MOERSCH u.a. 1980) Diese Entwicklung geht entscheidend auf die veränderte Position zurück, daß die Beziehungsmöglichkeit des Therapeuten - verarbeitet im Konzept der Gegenübertragung - eine zentrale Voraussetzung für das Zustandekommen der Therapie und für den erfolgreichen Ver-

lauf darstellt. Hier hat eine Schwerpunktverlagerung von der patientenzentrierten Übertragung zur therapeutenzentrierten Gegenübertragung stattgefunden (vgl. Kapitel III/4). Insbesondere bei psychosomatischen, narzißtischen und Borderline-Patienten (KOHUT 1973, BLANCK u. BLANCK 1980, 1981²) werden Interventionsmodi diskutiert, die als wesentliche Aufgabe des Analytikers seine Bereitschaft zu stellvertretenden Ausübung von Ich-Funktionen in den Vordergrund stellen. FÜRSTENAU gibt die folgende ich-psychologische und objekt-psychologische Zusammenfassung:

"Ich-psychologisch gesprochen meine ich, daß der Analytiker die dem Analysanden nicht zur Verfügung stehenden, zur Erreichung bzw. Aufrechterhaltung von kreativer Wandlungsfähigkeit und Introspektionsfähigkeit in der analytischen Situation notwendigen basalen Ich-Funktionen für den Patienten zur Verfügung stellen muß bis der Patient in der Lage ist, diese Funktionen in eigene Regie zu übernehmen... Objekttheoretisch bzw. libidotheoretisch gesprochen heißt das: der Analytiker muß im Umgang mit dem "defekthaft" gestörten Patienten in der analytischen Situation die libidinöse Funktion der Zuwendung zum Patienten und der Aufrechterhaltung des Kontakts mit ihm von sich aus ausüben, bis der Patient auf Grund dieser neuen, modellhaften Erfahrung einer gesunden Beziehung zu einem Partner in der analytischen Situation fähig ist. Kontakt und Zuwendung zu Partnern selbst zu realisieren" (FÜRSTENAU 1977, S. 203 f).

Daraus folgt, daß das Interpretieren und Deuten unbewußter Zusammenhänge eine relativierte Bedeutung zugeschrieben bekommt, gegenüber dem Fördern und Verstehen von Beziehungsaspekten und den damit ver-

bundenen realen Lernerfahrungen. Allerdings bleibt festzustellen, daß die theoretische Ausarbeitung dieser Vorgänge weit hinter ihrer praktischen Relevanz zurückhängt.

Alle hier zusammengefaßten Überlegungen beschäftigen sich auch mit Dimensionen des Beziehungsaufbaus und der Beziehungsfähigkeit zwischen Patient und Therapeut, die als Grundlage für die Anwendung spezifischer therapeutischer Konzepte verstanden werden. Traditionell begrenzt liegt der Zugriff jedoch bei der Differenzierung der aktuellen Konfliktlage oder bei der anamnestischen Kennzeichnung von Leiden, Krankheit, intrapsychischen Verarbeitungsmechanismen usf. Hinsichtlich der Ausgangssituation der Behandlung fehlt jedoch die Reflexion der Therapieentscheidung im Kontext der individuellen Lebensgeschichte, wobei die Entscheidung begriffen wird als biographische Neuinterpretation des Patienten, als neue Festlegung seiner Identität. Diese Sichtweise entspricht nicht den gewohnten psychoanalytischen Dimensionen, in denen intrapsychische Regulationssysteme oder objektbeziehungstheoretische Gesichtspunkte - verarbeitet durch das Denkmodell des Therapeuten - dominieren. Kontrastierend dazu wird eine Typenbildung angestrebt, bei der die Faktoren der Selbst- und Umweltwahrnehmung des Patienten zentrale Bedeutung einnehmen. Aus diesen interpretativen Erschließungen lassen sich - wie zu zeigen sein wird - Anhaltspunkte über das Stadium der Krisenverarbeitung herleiten, die Möglichkeiten für Patient und Therapeut anbieten, sich auf eine gemeinsame Kooperation zu beziehen. Innerhalb der psychoanalytischen Theoriebildung findet diese Vorgehensweise keine - oder vielleicht noch keine - grundlegende Basis. Die dafür wesentlichen Hintergründe liegen sowohl in der historischen Verankerung der Psychoanalyse als auch in dem Beharren

auf einer wissenschaftstheoretischen Sonderstellung, die produktive Anleihen bei Nachbardisziplinen behindern. Diese Bedingungen werden im folgenden Abschnitt ausgeführt.

2. Der Entwicklungsstand der psychoanalytischen Theoriebildung

Seit etwa fünfzehn Jahren ist die Auseinandersetzung über den wissenschaftslogischen Standort der Psychoanalyse wieder in den Vordergrund gerückt (z.B. HABERMAS 1968, LORENZER 1970, 1971, 1973, 1974; RICOEUR 1970, THOMÄ u. KÄCHELE 1973 u.a.). Damit verbunden ist die Hoffnung, die Stagnation der psychoanalytischen Theoriebildung aufzuheben, die ohnehin zu der hochdifferenzierten Therapieform wie ein - zumindest aus heutiger Sicht - mechanistischer Fremdkörper wirkt. Die bis heute insgesamt ausbleibende Revision der psychoanalytischen Metapsychologie führen die genannten Autoren (oder auch FÜRSTENAU 1970, 1972, 1976; HORN 1972, 1976 und RANGELL 1976) zurück auf die eingeschränkte Selbstreflexion der Psychoanalyse und ihre Unbeweglichkeit, eigene Krisen zu erkennen und produktiv anzugehen. Verantwortlich für diese Entwicklung ist - nach Meinung der Kritiker - der nach wie vor bestehende starke Einfluß des ursprünglichen FREUDschen Dilemmas, seine interpretative Praxis durch naturwissenschaftliche Rechtfertigungsversuche zu objektivieren (siehe z.B. RAPAPORT 1959¹). Im Bemühen um die Stabilisierung normativ-nomothetischer Positionen bleibt, wie HARTMANN 1972 nachdrücklich fordert, die Aufstellung von Regeln und Gesetzen psychischen Geschehens durch eine Reduktion der Qualitäten unter der Kategorie der Kausalität oberste Zielsetzung.

¹ Zur Problematik der Konstruktbildung innerhalb der Psychotherapie siehe z.B. STRUPP u.a. 1966, SEITZ 1966, GOTTSCHALK u. GLENER 1969, WALLERSTEIN u. SAMPSON 1971, THOMÄ u.a. 1976.

Diese wissenschaftstheoretische Orientierung verlangt ein Festhalten an einer erfahrungsfernen Begrifflichkeit, wie sie z.B. für die Instanz Ich-Ideal im intrapsychischen Regulationssystem gefordert ist:

"Wenn die Psychoanalyse lehrt, das Ich-Ideal lasse ein unverhülltes Auftreten gewisser anstößiger Triebregungen im Traum nicht zu und zwingt sie mittels der Traumzensur zu einer charakteristischen Einstellung, so ist für den Begriff "Ich-Ideal" im Sinne der Psychoanalyse - wenngleich seine Bezeichnung von bestimmten Beziehungen zu phänomenologischen Gegebenheiten herührt - weder das Ich- noch das Idealerlebnis das wesentliche. Das Ich-Ideal ist vielmehr topisch-dynamisch-energetisch charakterisiert, das heißt durch seine Stellung im psychischen Energiehaushalt. Ähnlich wie das wesentliche an dem als Chlor bezeichneten einfachen Stoff für den Chemiker nicht in seiner grünen Farbe (chlorös heißt gelbgrün) liegt, sondern in Atomgewicht und Kernladungszahl, in Begriffselementen also, welche sich weit vom anschaulich Gegebenen entfernen" (HARTMANN 1972, S. 18).

Dieser Forderung gegenüber steht eine "gemilderte" kausal reduktionistische Erklärungsebene, die "Mischkonstruktionen" zwischen hermeneutischen und hypothetisch-deduktiven Positionen anführt, um ihre Erkenntnisse zu legitimieren. Exemplarisch hierfür leitet HENSELER seine Überlegungen zur adäquaten Methode mit folgendem Beispiel ein:

"Eine 46jährige Frau unternahm einen Suicidversuch, als sie eine unerwartet hohe Krankenhausrechnung erhielt. Bei dem Arzt entstand die Hypothese, die Frau fühle sich finanziell überfordert (solche unkritischen Interpretationen werden gern von der Presse aufgegriffen und gehen nicht selten in Motivstatistiken ein als Selbstmord wegen finanzieller Probleme). Die Rückfrage nach den finanziellen Verhältnissen (ob die Frau sehr arm, geizig oder verschuldet etc. war) ergab, daß die Patientin die Rechnung schon als sehr hoch empfand, aber ein Mehrfaches der Summe auf der Bank liegen hatte. Es ging auch nicht nur um die Rechnung allein, sondern um die Tatsache, daß es sich um die Rechnung für einen Krankenhausaufenthalt ihrer Schwester handelte. Während eines Streites hatte die Patientin die Schwester geohrfeigt. Diese stürzte so unglücklich, daß eine stationäre Behandlung notwendig wurde. Die Patientin hatte für die Unkosten aufzukommen.

Die erste Hypothese wurde durch die neuen Angaben nicht falsifiziert, aber dahingehend korrigiert, daß die Frau sich zwar finanziell belastet, sich darüber hinaus aber peinlich berührt fühlte von der Erinnerung an den Streit. Weitere Rückfragen entsprechend der neuen Hypothese hatten weitere Korrekturen zur Folge. Es ging um das Testament des kürzlich verstorbenen Vaters. Dieses war grob zugunsten der Schwester ausgefallen, und die Patientin hatte vergeblich dagegen Einspruch erhoben. Die Hypothese mußte nun dahin ergänzt werden, daß die ganze Ungerechtigkeit des Testaments im Erleben der Patientin wieder lebendig wurde. Bei erneuter Rückfrage stellte sich heraus, daß das Testament ursprünglich eine ausgeglichene Verteilung zwischen den Schwestern vorgesehen hatte. Die Mutter aber hatte den Vater kurz vor seinem Tode beeinflusst, das Testament abzuändern.

Nun war die Hypothese so zu differenzieren, daß auch die Empörung über die Mutter wieder wach wurde. Weiter war zu erfahren, daß die Mutter sich nicht nur einmal so verhalten, sondern schon immer die Schwester bevorzugt hatte. Hierauf berichtete die Patientin Serien von Beispielen, wie sie ihr Leben lang um die Gunst der Mutter geworben, diese jedoch in entscheidenden Situationen stets zur Schwester gehalten hatte. Nachbarn seien deswegen schon eingeschritten. Ihr Ehemann bestätigt ihre Schilderung.

Jetzt besagt die Hypothese, daß die Rechnung nur der Anlaß war, an dem ein lebenslanger Konflikt mit der Mutter und Schwester sich wieder einmal entwickelt hatte. Von diesem Konflikt aus gewinnen Rechnung, Streit, Testament und Verhalten der Mutter einen bestimmten Stellenwert: Sie alle spielten eine Rolle für die Auslösung des Suicidversuches, sie ordneten sich jedoch ein in einen Sinnzusammenhang mit einem wichtigen Lebensproblem der Patientin und erhielten von daher eine spezifische Bedeutung..." (HENSELER 1974, S. 18 f).

In der sich anschließenden wissenschaftstheoretischen Zuordnung verläßt HENSELER - einig mit vielen anderen psychoanalytischen Autoren - die interpretative Praxis und somit die kommunikative Ebene des Verständigungsprozesses.

"Die bisherige Darstellung des hermeneutischen Zugangs kann nicht ausschließen, daß eine einmal gewonnene Hypothese zwar plausibel geworden, aber dennoch falsch ist" (a.a.O., S. 19).

Wie THOMÄ und KÄCHELE (1973) sieht er folgende Möglichkeiten, die Hypothesenbildung zu objektivieren:

1. Da alle Interpretationen von Theorien gesteuert werden, bedarf es der Reflexion dieser Vorannahmen. Im genannten Beispiel wird vorausgesetzt, daß die Suicidhandlung einen partiell unbewußten Konflikt zum Ausdruck bringt.
2. Die Zuverlässigkeit steigt mit der Integrierbarkeit hinzukommender Informationen (trotzdem ist eine "grandiose Täuschung" möglich).
3. Die interpretierende Erkenntnis wird durch die "reale Interaktion" zwischen den Beteiligten bestätigt, ergänzt oder korrigiert. Darüber hinaus kann eine objektivierbare Erlebens- und Verhaltensänderung eingeleitet werden.
4. Psychoanalytische Aussagen können in einen Prozeß konsensueller Validierung eintreten (Inter-Beobachter-Übereinstimmung).

Diese Argumentation wird im allgemeinen angeführt um zu belegen, daß sich innerhalb psychoanalytischer Interpretationen hermeneutische und deduktive Auffassungen verbinden oder daß psychoanalytische Aussagen einer "milden" hypothetisch-deduktiven Bewertung standhalten (vgl. z.B. SPECHT 1981).

Während in HENSELERS Beispiel die Subjekt-Objekt-Relation zwischen Forscher und Forschungsgegenstand noch verschwommen ist, wird sie in seiner "Verbindung von hermeneutischer und objektivierender Methode" offensichtlich. Sein Konzept fordert eine Objektivierbarkeit, die unabhängig von der spezifischen Situation der Untersuchung und dem spezifischen Standpunkt des Beobachters

Gültigkeit hat. Dadurch zentriert sich die Interpretationsmöglichkeit auf die multikausalen Hintergründe, wodurch der Blick verstellt bleibt für die weiteren interpretativen Erschließungen der lebensgeschichtlichen Bedeutung in einer mehrdimensionalen Perspektive (siehe S. 14 - 17).

Allerdings hat - gegenüber dem Festhalten an den klassischen psychoanalytischen Positionen die Bedeutung phänomenologisch psychoanalytisch orientierter Betrachtungsweisen, die in der Praxis immer im Vordergrund standen, auch innerhalb der theoretischen Konstruktionen zugenommen. Am deutlichsten sichtbar ist diese Entwicklung an den Konzepten der Objektbeziehungstheorie, durch die die orthodoxe Theorie entscheidend erweitert wurde.

Innerhalb der normativ-nomothetischen Position der Psychoanalyse kann das Konzept "Objektbeziehung" lediglich als energetische Besetzung der Beziehungsperson erfaßt werden. Aufgrund der Triebdynamik erfolgt der Auf- oder Abbau, die Vermischung oder Entmischung der libidinösen bzw. aggressiven objektgerichteten Energie, wodurch dem "Objekt" keine Funktion als reagierender Partner - mit vielfältigen Reaktionsmöglichkeiten - zugeschrieben wird.

Gegenüber dieser "one-body-Psychologie" betont die Objektbeziehungstheorie den komplizierten Austauschprozeß zwischen zwei Interaktionspartnern (z.B. Kind-Mutter, Patient-Therapeut), der nicht allein auf psycho-energetische Prozesse zurückführbar ist. "Jedes Individuum richtet im Verlauf einer Interaktion Erwartungen an seinen Interaktionspartner und handelt

mit diesem seine Erwartungen aus, um ihn dazu zu bewegen, in einer bestimmten Weise zu reagieren. Der Verlauf einer Beziehung kann deshalb durch eine Vielzahl von Gefühlen, Wünschen, Gedanken und Erwartungen, die der Interaktion zugrundeliegen, charakterisiert werden" (SANDLER u. SANDLER 1978, S. 285 f).

Bezogen auf die frühe Entwicklung bildet das Kind über diese Interaktionsabläufe schrittweise ein eigenes Selbstbild (Selbstrepräsentanz) und ein inneres Bild von Beziehungspartnern (Objektrepräsentanz). Der Aufbau dieser subjektiven Erfahrungswelt ist differenziert beschreibbar (z.B. von MAHLER) und in Konstruktionen erfaßbar (z.B. von KOHUT), die über empathische Identifikation teilweise gut einfühlbar sind (siehe S. 61 f). Auch hinsichtlich der "Binnenstruktur" psychotherapeutischer Kooperation bewirkt die zunehmende Ausformulierung objektbeziehungstheoretischer Ansätze entscheidende Veränderungen in der Einschätzung der Funktion des Analytikers und der Reflexion von Übertragung und Gegenübertragung. Allerdings fehlen systematische Untersuchungen zu einzelnen Stadien des Therapieprozesses (z.B. zur Einleitungsphase oder zu regressionsbedingten Krisen usf.), die ausdrücklich typische Interaktionsstrukturen herausarbeiten, mit dem Ziel, eine weitere Differenzierung der wechselseitigen Abhängigkeiten und Einflüsse zu ermöglichen.

Die genannten einzelnen Schwerpunkte und Modifikationen psychoanalytischer Theoriebildung ermöglichen jeweils die Reflexion der Patientenentscheidung aus unterschiedlichen Perspektiven. Diese Erfahrungen werden zusammenge-

faßt und in ihren Möglichkeiten und Begrenzungen aufgezeigt. Darüber hinaus sollen die weiteren Ausführungen belegen, daß ungenutzte Kapazitäten für Neuinterpretationen psychotherapeutischer Kommunikationsstrukturen zur Verfügung stehen, die bei spezifischen Fragestellungen Anwendung finden können. Vorangestellt wird jedoch zunächst die zentrale psychoanalytische Konzeption der Übertragung und Gegenübertragung, durch die sowohl die Wahrnehmung als auch Informationsverarbeitung gesteuert wird und die auch die wesentlichen unbewußten Determinanten der Patientenentscheidung festlegt.

III Diskussion der Ansätze, die zu einer Theorie der Patientenentscheidung beitragen

1. Zur Funktion der Übertragung und Gegenübertragung

Im Mittelpunkt der spezifisch psychoanalytischen Wahrnehmung stehen die sogenannten Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse, die während des Therapieverlaufes als Zentren der emotionalen Konflikt-darstellung verstanden und bearbeitet werden. Hinsichtlich der Übertragung geht FREUD (1905, 1912) dabei von zwei grundsätzlichen Überlegungen aus:

- a) Jeder Mensch erwirbt in seiner Kindheit bestimmte, für sein Affektleben charakteristische Merkmale, die im Laufe seines Lebens klischeehaft wiederkehren;
- b) die unbewußt fixierte libidinöse Erwartung kann sich - insbesondere in Mangelsituationen - an alle Beziehungspersonen binden.

Anschließend an diese Grundpositionen formuliert FREUD die entscheidende Auswirkung der Übertragung für die psychoanalytische Therapie:

"Jedesmal wenn wir einen Nervösen psychoanalytisch behandeln, tritt bei ihm das befremdende Phänomen der sogenannten Übertragung auf, das heißt, er wendet dem Arzt ein Ausmaß an zärtlichen, oft genug mit Feindseligkeit vermengten Regungen zu, welches in keiner realen Beziehung begründet ist und nach allen Einzelheiten seines Auftretens von den alten und unbewußt gewordenen Phantasiewünschen des Kranken abgeleitet werden muß. Jenes Stück seines Gefühllebens, das er sich nicht mehr in die Erinnerung zurückrufen kann, erlebt der Kranke also in seinem Verhältnisse zum Arzt wieder, und erst durch solches Wiedererleben in der "Übertragung" wird er von der Existenz wie von der Macht dieser unbewußten sexuellen Regungen überzeugt. Die Symptome, welche, um ein Gleichnis aus der Chemie zu gebrauchen, die Niederschläge von früheren Liebeserlebnissen (im weitesten Sinne) sind, können auch nur in der erhöhten Temperatur des Übertragungserlebnisses gelöst und in andere psychische Produkte übergeführt werden..." (FREUD 1900, S. 54 f, vgl. auch FREUD 1905).

Fünf Jahre später - nach den ersten zusammenfassenden Formulierungen über die Übertragung (FREUD 1905, S. 279) - entwickelt FREUD sein Konzept der Gegenübertragung (FREUD 1910, 1912), das seitdem ausführlich und teilweise kontrovers diskutiert wird (vgl. z.B. MOELLER 1977). Heute übereinstimmend wird in der Gegenübertragung ein Instrument gesehen, "das dem Analytiker eine bedeutsame Verständnishilfe für den verborgenen Sinn der Mitteilungen des Patienten bietet. Der entscheidende neue Gedanke besagt, daß der Analytiker Wahrnehmungs- und Verstehens Elemente für die sich im Patienten abspielenden Vorgänge besitzt, und daß diese Elemente nicht unmittelbar bewußt sind, aber vom Analytiker entdeckt werden können, wenn er seine eigenen Assoziationen beobachtet, während er dem Patienten zuhört"(SANDLER, DARE, HOLDER, 1973, S. 60 f).

Bei diesem intrapsychischen Vorgang wird das Konzept der Gegenübertragung in zwei Informationsbereiche aufgeteilt, in die Wahrnehmung der sogenannten Subjekt- und Objektrepräsentanzen, denen gegenüber eine doppelte Identifikation zu leisten ist. Im ersten Fall - der Subjektdimension - empfindet der Analytiker wie der Patient, im zweiten Fall - der Objektdimension - wie eine wesentliche Beziehungsperson des Patienten (vgl. MOELLER 1977, S. 148 f). Das Ineinandergreifen von Übertragung und Gegenübertragung kann z.B. den folgenden Verlauf nehmen:

Der Patient teilt in einer Stunde dem Analytiker mit, er sei heute völlig überrascht und verwirrt: Er habe fest geglaubt, die Wohnung des Analytikers sei im 2. Stock und nicht, wie er dann wider Erwarten am Türschild feststellen konnte, im 1. Stock. Gleich anschließend berichtet der Patient, er habe das Gefühl, er müsse heute ganz besonders vorsichtig und mißtrauisch gegenüber dem Analytiker sein. Er vermute nämlich, daß der Analytiker mit einem entfernten Bekannten über ihn gesprochen habe, und zwar seien beide über ihn hergezogen. In diesem Augenblick fällt dem Analytiker ein, daß der Kollege, der diesen Patienten überwiesen hatte (ca. 1 Jahr vorher) Befürchtungen hinsichtlich seiner Therapierbarkeit äußerte, die er selber jedoch nie völlig verstanden hatte, aber die einige Male bereits als massive Verunsicherung aufgetreten waren. In einem zweiten Einfall erinnert der Analytiker, daß die Mutter des Patienten in einem ängstlichen Abhängigkeitsverhältnis zu ihrer Mutter stand, die im gleichen Hause im 2. Stock wohnte. Alles was den Jungen betraf, besprach seine Mutter oben bei der Großmutter. Während dieser Zeit, und nicht nur dann, saß der Junge ängstlich und mißtrauisch in der Treppenkrümmung, um vor zukünftigen Ereignissen gewarnt zu sein.

Die gleiche Situation erlebt der Patient im Augenblick in der Übertragung. Ein entsprechender Interpretationsvorschlag des Analytikers führt zu einem besseren Verständnis der Vorsicht und des Mißtrauens und gibt auch die Möglichkeit, eine nicht zutreffende Wahrnehmung der Realität aufzuheben. Die Funktion des Analytikers liegt demnach darin, das zunächst intuitiv Verstandene auf die Ebene sprachlichen Verstehens zu heben und für die Zukunft bewußter und verwendbarer zu machen. In diesem Sinne ist die folgende Deutung des Analytikers zu verstehen, der z.B. sagt: Sie mißtrauen mir und denken, ich würde über Sie reden und Sie können sich nicht auf mich verlassen, genau wie Sie damals Ihrer Mutter gegenüber empfunden haben.

Die Konzepte der Übertragung und Gegenübertragung ermöglichen - so ist auch die Aussage des vorangestellten Beispiels - wesentliche Strukturierungen des psychoanalytischen Prozesses, indem am Medium des Therapeuten konflikthafte Gefühle und Haltungen zur Darstellung kommen. Dies gilt auch für die Überlegungen zur Patientenentscheidung in den Vorgesprächen, wenn davon ausgegangen wird, daß neben bzw. hinter der bewußten Entscheidung die eigentliche treibende Kraft des Therapieinteresses in einer unbewußten Objektbeziehungssuche liegt, die über die latenten Austauschprozesse von Patient und Therapeut interpretierbar wird.

Diese Anteile der sogenannten "szenischen Informationen" gelten als Kernstücke der Indikations- und Prognosestellung, die insbesondere im Erstinterview

spezifische Strukturmuster bilden. Den Verlauf einer solchen szenischen Verarbeitung verdeutlicht ein Ausschnitt von ARGELANDER, der im Zusammenhang zur unbewußten Behandlungsmotivation und zur Indikationsstellung weitreichende Schlußfolgerungen vornimmt:

"Ein noch jugendlicher Patient im blauen Anzug mit grüner Strickweste, rotem Schlips, abstehenden Ohren und rundlichem Jungengesicht gibt sich freundlich und aufgeschlossen. Von einem Freund beraten, kommt er, um "sich selbst zu finden". Hinter diesen großen Worten steht zweifellos etwas Infantil-Naives, obwohl der Patient nachdenkliche Pausen macht und dadurch zunächst sehr sympathisch wirkt. Bei genauerem Hinsehen bemerkt man aber, daß er gar nicht nachdenkt, sondern offensichtlich mit etwas anderem beschäftigt ist. Er schaut immer zur Seite, als ob sich dort etwas befindet, was ihn stört. Seine Ausführungen sind klar und durchdacht, zeigen eigene Überlegungen. So fühlt er sich von seinen Eltern dirigiert, die ihn wie einen Schatten begleiten und ihm überall die Wege ebnen. Von ihnen möchte er gerne unabhängig sein, aber er kann über diesen Schatten nicht springen, weil er sie immer wieder benötigt; denn er erweist sich ständig als Versager. Wegen seiner abstehenden Ohren wurde er schon in seiner Kindheit gehänselt, konnte sich aber aufgrund seiner Weichheit nicht durchsetzen. Was diese Weichheit eigentlich bedeutet und warum er so von ihr abhängig ist, kann er nicht herausbringen, obwohl er sich ständig darum bemüht und auch schon mit seinem Freund darüber gesprochen hat. Zunehmend irritiert mich, daß er fortwährend aus den Augenwinkeln in die Ecke schielt. Auf meine direkte Frage, ob ihn hier etwas im Raum störe, bittet er, den Platz wechseln zu dürfen.

Sofort ändert sich sein Verhalten, als ob ich jetzt eine Prüfung bestanden und eine Vertrauensposition gewonnen hätte, während er mich vorher wohl mit großer Skepsis betrachtet hat. Obwohl er vertraulich zugewandt erscheint, spielt sich keine persönliche Beziehung zu mir ein. Daher muß seine Verhaltensänderung allein auf die von mir gewährte neue räumliche Konstellation zurückzuführen sein. Auf die gleiche Art erlebt er sich offensichtlich vom anonymen Schatten seiner Eltern dirigiert.

In dieser auf so unpersönliche Weise hergestellten vertraulichen Atmosphäre erzählt er mir merkwürdige Dinge, die weniger vom Inhalt als von seiner Darstellungsart her mein Befremden erregen. Sehr detailliert berichtet er von seinem Schlafwandeln, seinen Alpträumen und endet mit einem Traum, in dem er sich selbst überdimensional groß erlebte und gemeinsam mit seiner Mutter mit den Monden und Sonnen des Weltalls wie mit Bällen spielte. Unschuldig und naiv intim geht er dabei mit mir um, ohne eine Empfindung dafür zu haben, daß mich seine vertrauliche Nähe mehr befremdet als die vorher bestandene Distanz.

Diese Szene hat deshalb eine so hohe diagnostische Bedeutung, weil die Unfähigkeit, eine distanzierte Objektbeziehung mit adäquaten Gefühlsgehalten zu erfüllen, in eine Situation umschlägt, in der uns trotz einer kindlich vertrauensvollen Nähe "Welten" voneinander trennen. Hinter der friedlichen Offenheit paaren sich kindliche Naivität mit grandiosen narzißtischen Phantasien, deren diagnostischer Stellenwert

sich klar aus dem Ablauf der Szene ergibt. Natürliche Schutzmaßnahmen wurden durch eine räumliche Veränderung überflüssig und machen einer regressiven Bewegung Platz, deren Dynamik mit ihren Inhalten erst die richtigen Informationen ergeben. Die Diagnose einer Borderlinestruktur ist allein vom Interview her praktisch nur aus der Dynamik der Szene zu erstellen" (ARGELANDER 1970, S. 168 f).

Dieser Interpretationsstruktur entsprechend wird die unbewußte Behandlungsmotivation des Patienten verstanden als unbewußte Suche nach einer lebensgeschichtlich vorgeprägten Objektbeziehung, die - interpretiert durch das Konzept Übertragung-Gegenübertragung - als komplexe Beziehungsstruktur identifiziert wird und eine Kompromißbildung zwischen Triebpotentialen und Abwehrmechanismen darstellt. Als verdrängte Triebansprüche werden zunächst verschiedene Wünsche des Patienten verstanden, die seit seiner Kindheit fortbestehen und die sich am Analytiker bzw. der psychoanalytischen Behandlung festmachen.

"Im Analytiker ahnen sie gleichsam ein neues menschliches Objekt, an dem sie Befriedigung erfahren könnten. Die gesamte reichhaltige Skala der libidinösen, aggressiven und narzißtischen Strebungen aus allen Entwicklungsphasen des kindlichen Seelenlebens kommt hier in Betracht. Der dominierende, unbewußte Wunsch, der einen Patienten in psychoanalytische Behandlung führt, kann also etwa das Bedürfnis nach Abhängigkeit von einem zärtlich sich zuwendenden Objekt nach dem Vorbild der Mutter in den

allerersten Lebensjahren sein oder der Wunsch, die verbotenen, inzestuösen Triebziele doch noch zu erreichen; es mag der Wunsch bestehen, Rache zu nehmen für erlittene Enttäuschungen und Kränkungen oder das Bedürfnis, die phantasierte Vollkommenheit und Allmacht der Kindheit wiederherzustellen. Es sind diese so offenkundig unvernünftigen, unerfüllbaren, anscheinend dem Ziel der Behandlung, das doch in größtmöglicher Autonomie von inneren Pressionen besteht, so deutlich zuwiderlaufenden Triebwünsche, die gleichwohl die stärksten Motive dafür abgeben, die Behandlung nicht nur aufzunehmen, sondern sie auch durchzuhalten" (KENNEL 1974, S. 121 f).

Allerdings unterliegt die Wirksamkeit dieser Objektsuche wiederum einer intrapsychischen Zensur, so daß der spezifische Modus unbewußt gehalten wird bzw. als Mixtur zwischen Wunsch und Vermeidung in Erscheinung tritt. Deshalb ist die folgende komplizierte Ausgangssituation typisch:

Leidet ein Patient z.B. unter einer schweren Phobie, die ihn sehr behindert, seine Wohnung zu verlassen, Kontakt zu anderen Personen zu entwickeln und ohne die ständige Anwesenheit eines einzelnen nahen Partners auszukommen, dann gibt das psychoanalytische Verständnis sowohl seinem bewußten Genesungswunsch als auch seiner unbewußten Objektfixierung nur ein Teilgewicht. Sucht dieser Patient im Analytiker z.B. ein Objekt der Anlehnung, von dem er sich aber gleichzeitig eingeengt und verfügt fühlt, dann bleibt die Ambivalenz der Nähe- bzw. Anlehnungswünsche und -ängste in der Verdrängung, d.h., der Analytiker wird zum ge-

suchten und gemiedenen Objekt in der Übertragung. Infolge dieser intrapsychischen Dynamik bleibt die Überlegung und Entscheidung schwierig, welche Faktoren den Patienten bewegen könnten, eine konflikt-aufdeckende Behandlung zu beginnen, die gegen seine ursprünglichen Verdrängungen arbeitet und die ihn mit sehr beunruhigenden Wünschen und Ängsten konfrontieren wird. Der o.g. phobische Patient wird also u.a. in seine Selbstwahrnehmung integrieren müssen, daß er die ständige Anwesenheit seines Partners braucht, da er ansonsten von bedrohlichen aggressiven Phantasien ihm gegenüber überflutet werden könnte (Der "beschützte Beschützer"). Aus diesem Wechselspiel der unbewußten Kräfte begründet sich die beständige Ambivalenz des Patienten gegenüber seiner eigenen Entscheidung.

"Wir stehen damit vor der vertrackten Situation, daß das Ich des neurotischen Erkrankten, das doch von den wahren Ursachen seiner Beschwerden, den unbewußten Konflikten, per definitionem nichts wissen kann, bei Strafe der Angstentstehung nichts wissen darf, sich zu einer Behandlung entschließen soll, die eben in der Bewußtmachung jener Ursachen besteht und die es deshalb fürchten muß" (KENNEL 1974, S. 118¹).

¹Unter diesem Gesichtspunkt ist auch die folgende Aussage von NUNBERG nachdenkenswert: "Da der neurotisch Kranke so viele Abwehrmaßnahmen gegen das Eindringen des unbewußten Materials in das Ich ergreift, ist es ein Rätsel, warum er sich überhaupt in psychoanalytische Behandlung begibt..." (NUNBERG 1971³, S. 373).

Die hier umrissene Interpretationsstruktur zeigt eindeutig die Dominanz der Interpretationsebene des Therapeuten. Mit Hilfe der Konzeptionen von Übertragung und Gegenübertragung deutet er die unbewußten interpersonellen Interaktionsbezüge und formuliert Hypothesen über das intrapsychische Regulationssystem. Die Selbstkonzeption des Patienten ist lediglich in der Schilderung seiner bewußten Behandlungsmotivation enthalten und hat dort - gegenüber den spezifischen psychoanalytischen Konzepten - eine untergeordnete Bedeutung. Allerdings fällt bei näherer Untersuchung einzelner metapsychologischer Beiträge zur Patientenentscheidung auf, daß der Grad der Erlebnisnähe und identifikatorischen Einfühlbarkeit erheblich schwankt. Hier besteht eine Abhängigkeit zu den klassisch metapsychologischen, narzißtischen und objektbeziehungstheoretischen Positionen, wie sie in den folgenden drei Abschnitten näher ausgeführt werden.

2. Die psychoanalytische Metapsychologie nach FREUD, RAPAPORT, HARTMANN u.a.

Bestimmt durch eine naturwissenschaftlich orientierte Grundhaltung entwickelte FREUD¹ seine zentralen psychoanalytischen Theorien im Sprachgebrauch eines physiologischen bzw. physikalischen Modells. Ausgangspunkt sind zunächst zwei wesentliche Grundannahmen: erstens wird die Existenz und Wirksamkeit unbewußter psychischer Inhalte vorausgesetzt, zweitens sind diese durch Kausalbeziehungen untereinander verbunden. Im Mittelpunkt dieses seelischen Funktionierens stehen die intrapsychischen Instanzen Es (primäre Triebbedürfnisse), Überich (moralische Forderung und Idealbildung) und Ich (Vermittlungsfunktion, Realitätskontrolle), zusammengefaßt im strukturellen metapsychologischen Ansatz. Daneben bedeutungsvoll sind zumindest vier weitere Kategorien, die jeweils unterschiedliche Aspekte psychischen Geschehens zu erfassen suchen²:

1. Das dynamische Denken (welche psychologischen Kräfte liegen vor - Trieb, Affekt, Konflikt?)
2. Das ökonomische Denken (wie ist die Verteilung des Energiehaushaltes?)
3. Das genetische Denken (wie ist das Verhalten entstanden?)

¹FREUD, S., Das Unbewußte, 1913; Zur Einführung des Narzißmus, 1914; Jenseits des Lustprinzips, 1920; Das Ich und das Es, 1923; Hemmung, Symptom, Angst, 1926

²siehe auch LOCH 1967, S. 9 - 13; HEIGL 1969, S. 12 - 24; insbesondere RAPAPORT 1970²

4. Das adaptive Denken (wie verhalten sich psychische Vorgänge in Verbindung zur Anpassung der Persönlichkeit an die Umwelt?)

Die beiden letzten Kategorien traten insbesondere durch die Untersuchungen von HARTMANN 1970² und ERIKSON 1968³ stärker in den Vordergrund (siehe auch S. 58 ff). Nach diesen zusammenhängenden Interpretationsmustern wird das Krankheitsverständnis der Psychoanalyse festgelegt, das z.B. in der Übersicht von HOFFMANN und HOCHAPFEL zusammengefaßt wird:

Das dynamische Neuroseverständnis der Psychoanalyse (HOFFMANN und HOCHAPFEL 1979, S. 67)

Allgemeine Aussage: Neurosen sind Versuche (Kompromißbildungen), unlösbare Konflikte in einen subjektiv leichter erträglichen Zustand umzuwandeln.

Spezielle Aussagen:

A. Zur Genese

1. Die neurotischen Konflikte sind unbewußte
2. biographische, ursprünglich infantile
3. Internalisierungen ursprünglich sozialer Konflikte
4. innere, zwischen psychischen Substrukturen
5. solche zwischen Triebimpulsen und Abwehrversuchen.

B. Zur Finalität

- | | |
|---|--|
| 6. Die neurotischen Erscheinungen (Symptome) sind | ein "Kompromiß" zwischen subjektiv unvereinbaren Tendenzen |
| 7. | Versuche, Angst (und/oder Unlust) um jeden Preis zu vermeiden |
| 8. | ein Rekonstruktions- und Selbstheilungsversuch |
| 9. | die individuell jeweils bestmögliche Organisationsform eines psychischen Konflikts |
| 10. | der Versuch einer subjektiv erträglicheren Selbstwahrnehmung und Selbstdarstellung |
| 11. | als Konfliktlösung letztlich unzureichend ("unterm-optimal"). |

Während bei den sogenannten klassischen Neurosen (Zwangsneurose, Phobie, Hysterie) die intrapsychische Konflikt-dynamik im Vordergrund steht, trägt die Beobachtung der zusammenhängenden Organisation der seelischen Vorgänge die wesentlichen Hoffnungen, den therapeutischen Notwendigkeiten bei der Behandlung sogenannter "früher Störungen"

zu entsprechen (vgl. z.B. die Überlegungen zur Ich-Struktur von BLANCK u. BLANCK 1980). Im Unterschied zu verschiedenen FREUDSchen Konzeptionen über die Zusammenhänge zwischen dem triebhaften Es-Bereich und der Struktur und Funktion des Ich-Konstruktes besteht seit HARTMANN 1939, HARTMANN, KRIS u. LOEWENSTEIN 1946 u.a. zunehmende Einigkeit über die zentrale Bedeutung der synthetischen Funktion der Ich-Instanz.

"Das Ich ist ein Träger des Bewußtseins, stellt eine Struktur bzw. Organisation als ein "Teilgebiet der Persönlichkeit" dar und vermittelt zwischen Trieben, Realität, Über-Ich und Ich-Ideal. Es ist verdrängende bzw. abwehrende Instanz, Ort der Repräsentantenwelt, der Sublimierung und ein mit bestimmter Energie besetztes System. Ich bedeutet zugleich Stätte der Angst und Ursprung des Denkens, der Wahrnehmung und der Motorik. Es repräsentiert eine Stätte der Beobachtung, ein Organ der Anpassung an die Umwelt, eine "Organisation" mit der Fähigkeit zur "Synthese" und ist dabei "Niederschlag der aufgegebenen Objektbesetzungen" (KUTTER u. ROSKAMP 1974, S. VII).

Die Abweichungen und Defizite in den Ich-Funktionen werden hauptsächlich in den folgenden Dimensionen beschrieben (im allgemeinen zitiert werden ARLOW und BRENNER 1964 oder BELLAK, HURVICH und GEDIMAN 1973):

- die Funktion der Realitätsprüfung, als Fähigkeit zwischen inneren und äußeren Vorgängen zu differenzieren;
- die adaptive Funktion, als Möglichkeit mobiler Regression und Rückkehr zur bewußten Wahrnehmung (therapeutische Ich-Spaltung);

- die Frustrationstoleranz, als Belastbarkeit gegenüber Triebversagungen;
- die Denk- und Urteilsfähigkeit;
- die synthetisch-integrative Ich-Funktion, als Integrationskonzept gegenüber den intrapsychischen und interpersonalen Konflikten.

Die Beeinträchtigung dieser Organisationsprozesse hat schwerwiegende Folgen für eine psychoanalytische Therapie: "Die klassische Übertragungsneurose als eine relativ hochstrukturierte Neuausgabe der klinischen Neurose entwickelt sich nicht. Es entsteht kein echtes Arbeitsbündnis (GREENSON 1967) zwischen Patient und Therapeut; vor allem mißlingt dem Patienten eine multiple Beziehung zum Therapeuten im Sinne einer Übertragungs-, Arbeits- und spezifisch interindividuellen Beziehung; denn ihm fehlt ein "geschmeidiges Ich" (resilient ego nach GREENSON). Die Voraussetzung zur Bewußtseinserweiterung durch Verdrängungsauflösung ist nicht gegeben, weil ein intakter Ich-Kern zur Assimilation neuen Bewußtseinsmaterials bei Patienten mit dieser Psychopathologie nicht vorhanden ist" (HEIGL 1981, S. 43).

Neben den therapiepraktischen Konsequenzen führt die triebpsychologische bzw. ich-psychologische Orientierung auch zu einer unterschiedlichen Einschätzung des Therapieinteresses. Den triebpsychologischen Ansätzen entsprechend können alle Partialtriebe in der Patientenentscheidung vertreten sein, die auf eine spezifische Ich-Abwehr treffen und im Sinne eines ausweglosen Wiederholungszwanges das Behandlungsverfahren und den Therapeuten besetzen (z.B. oral-rezeptive Impulse:

Wunsch, gehalten und versorgt zu werden oder phallisch-narzißtische Impulse: Wunsch, sich zu zeigen und zu rivalisieren). Andererseits ermöglicht die ich-psychologisch orientierte Untersuchung der Patientenentscheidung die Neuorientierung als kreative Ich-Leistung im Sinne der Anpassung einzuschätzen (z.B. als Versuch auf eine sichere Basis zu regredieren, um von diesem Standort aus neue Lösungsschritte auszuprobieren).

Dieser hier umrißhaft skizzierte metapsychologische Ansatz deutet bereits komplexe Möglichkeiten an, das Therapieinteresse eines Patienten nach intrapsychischen Regulationsprinzipien zu interpretieren. Nach meiner Kenntnis hat FREUD sich mit dieser speziellen Fragestellung nicht gesondert beschäftigt, allerdings bestimmt sein Gedankengut auch in diesem Punkte maßgeblich die Argumentation späterer Autoren.

So schreibt z.B. MÜLLER-ECKHARD über das Psychotherapieinteresse eines Zwangsneurotikers:

"Schließlich waren die Obsessionen, was ihre Angstlinderung anbetraf, wirkungslos. Die Zwangshandlungen sicherten nicht mehr genügend das Ich. Sie versöhnten nicht mehr, sie beruhigten nicht mehr. Sein unbewußtes Sein und die hohen Ansprüche seines Gewissens forderten eine echtere Versöhnung, eine echtere Wiedergutmachung. Sie forderten ebenfalls auch eine echtere Strafe und wiesen entschieden auch die selbstarrangierten und oft lächerlichen Strafen zurück, die sich X durch seine Obsessionen selbst auferlegte. Erst in diesem Augenblick der Krankheitsphase begab sich X in psychotherapeutische Behandlung" (MÜLLER-ECKHARD 1974, S. 335).

In dieser Aussage sind wesentliche Bestandteile der psychoanalytischen Metapsychologie enthalten (dynamischer, ökonomischer, struktureller und adaptiver Gesichtspunkt). Damit folgt die Kennzeichnung der Ausgangssituation zur Therapieentscheidung dem Krankheitsverständnis der Psychoanalyse und ermöglicht eine sowohl triebpsychologische wie ich-psychologische Gewichtung.

Der hier zunächst wesentliche kritische Ansatzpunkt liegt darin, daß die vorliegende Begriffsbildung eine stichwortartige Kurzbeschreibung komplexer Vorgänge liefert, in welche Ängste, Befindlichkeiten, Konflikte im zwischenmenschlichen Bereich zwar eingehen, jedoch - so z.B. RUDOLF 1976, 1977 - autistisch und maschinenhaft erscheinen (verschiedene Versuche, dieser Beschränkung zu begegnen, werden im weiteren Verlauf diskutiert).

Nun ließe sich argumentieren, daß diese Kritik vorwiegend das Ergebnis einer extremen metapsychologischen Verkürzung darstellt, wie sie durch das erwähnte Beispiel von MÜLLER-ECKHARD nahegelegt wird. Jedoch fällt auch bei der Gegenüberstellung eines umfassenderen metapsychologischen Zugriffs und der Darstellung der Lebenspraxis durch den Patienten deren unterschiedliche Zentrierung besonders auf. Beide Positionen werden anhand eines ausführlichen Beispiels dargestellt.

Zusammengefaßt wird zunächst die Vorgeschichte eines Patienten nach den für einen praktisch tätigen Psychotherapeuten üblichen Gesichtspunkten:

- a) Die Beschreibung der Beziehungspersonen.
- b) Die biographische Schilderung der Entwicklung des Patienten.
- c) Die psychodynamische Hypothese über die aktuelle neurotische Entwicklung.

Auf die Kriterien der Indikationsstellung und die prognostische Beurteilung wird nicht näher eingegangen, da sie für diesen Abschnitt nicht bedeutsam sind.

Fallbeispiel 2

Der Patient ist ein 22jähriger Student - hier Herr P. genannt - mit der klinischen Diagnose: phobische Herzneurose.

a) Beziehungspersonen

Der Patient stammt aus einem sogenannten "gutbürgerlichen" Kleinstadtmilieu. Sein wesentlicher Lebensraum war ein großes Haus, in dem seine Eltern mit den Eltern der Mutter lebten und ein großer Garten, der weitgehend unter der Regie des Großvaters stand. Der Großvater war im Erleben des Patienten der starke Mann der Familie, der unermüdlich arbeitete, viele Geschichten aus der Vergangenheit humorig und unterhaltsam erzählen konnte, persönlichen Gefühlen jedoch weitgehend auswich, stattdessen Härte und Durchsetzungskraft verbreitete. Er verlangte von seinem Enkel, ihm ähnlich zu werden, ihn höchstens im beruflichen Erfolg zu übertreffen.

Die Großmutter war nach Schilderung des Patienten die starke Frau im Hause. Sie mußte alles wissen, über alles befragt werden, sie bestimmte und verfügte, ohne jemandem ein Mitspracherecht zu geben. Sie verlangte von ihrem Enkel Ordnentlichkeit, Gehorsam und totale Anpassung. Der Vater spielte eine geringwertige Rolle, zog sich in seine Arbeit zurück und gab selten Impulse zu einer Auseinandersetzung. Er verlangte Ruhe. Die Mutter verhielt sich durchgängig ängstlich und elterngelassen, sie traf keine eigenen Entscheidungen. Sie verlangte von meinem Patienten Rücksichtnahme und Einfühlung in ihre schwierige Situation.

b) Entwicklung des Patienten

Der Patient wurde als zweites Kind nach einem drei Jahre älteren Bruder geboren. Er war von den Eltern und Großeltern gleichermaßen erwünscht. Er wurde benannt nach einem im Kriege gefallenen Lieblingsneffen der Großeltern, die ihn auch von Geburt an übermäßig vereinnahmten. Der Patient war von früh an einerseits kränklich (viele Erkältungskrankheiten, Mandelentzündungen, verlängertes Einnässen), nach außen hin jedoch robust und wenig ängstlich im Sinne seiner Hauptbeziehungsperson, des Großvaters. Häufige Konsultationen des Hausarztes geschahen eher heimlich auf Veranlassung der Mutter.

Er hatte bereits als Kind wenig Kontakt, wurde zu nützlicher Arbeit angehalten und vom Spiel ferngehalten. Noch vor der Schulzeit entwickelte Herr P. eine massive Angstsymptomatik - nächtliche Angstträume, Angst vor dem Alleinsein abends bzw. in

der Dunkelheit, die jedoch weitgehend ignoriert wurde. In der Schule war Herr P. zunächst ein unauffälliger, fleißiger und auch von den Zensuren her guter Schüler, der schließlich auch das Gymnasium besuchte, wo seine Leistungen schrittweise aber kontinuierlich abnahmen. Die Kontaktstörung nahm zu, fiel jedoch der Umwelt nicht besonders störend auf, da der Patient überwiegend sehr anpassungsbereit und folgsam war und höchstens stummen Protest übte. Eine selbständige bzw. sogar aggressive Auseinandersetzung fehlte in allen Bereichen. Der Beginn des Studiums, das Fortziehen aus dem Elternhaus, die erhöhten Selbstständigkeitsforderungen, das Alleinsein bedeuteten für den Patienten eine erhebliche Belastung. Er reagierte zunächst mit einer erhöhten Anfälligkeit für körperliche Erkrankungen, nach wenigen Semestern mit einer sogenannten Herzphobie (ich verkürze hier absichtlich psychoanalytisch wichtige Details, die für meine Untersuchung zweitrangige Bedeutung haben). Der Patient durchlief die üblichen Untersuchungsverfahren, wechselte häufig den Arzt, wurde in zwei Kliniken gründlichst untersucht, eine Beruhigung der Symptomatik stellte sich nicht ein. Da er eine Neigung zum Selbststudium, zur Selbsthilfe entwickelt hatte, studierte er zunehmend psychologische Literatur, durchforstete alle greifbaren Bücher und Zeitschriften über Herzneurosen und begann eine recht mühsame Suche nach einer psychotherapeutischen Hilfe.

c) Psychodynamische Hypothese über die aktuelle neurotische Erkrankung

Die spezifische Psychodynamik der vorliegenden Neurose liegt in einem Konflikt zwischen Sicherheits- und Abhängigkeitswünschen einerseits und aktiv-aggressiven Potentialen andererseits, die von früher Kindheit an in einem unlösbaren Widerstreit gehalten wurden.

Aufgrund der mehrfachen Gebundenheit an die primären Liebesobjekte hat der Patient insbesondere eine wichtige Ich-Funktion - den Umgang mit aggressiven Regungen - nicht entwickeln können, da innerhalb seiner Familie keine Möglichkeit bestand, ambivalente Gefühle zum Ausdruck zu bringen und zu gestalten. Der Patient stand vor der wohl unlösbaren Aufgabe, eine totale Auslieferung und Selbstaufgabe seinerseits zu vermeiden. Sein Lösungsversuch im Kampf um die Entwicklung seiner Ich-Grenzen lag in einer fortschreitenden Distanzierung, einer rigiden Gefühlsabwehr und in der beinahe totalen Verleugnung seiner Abhängigkeitswünsche. Die einzelnen manifesten Symptombildungen in verschiedenen Entwicklungsstadien lassen sich als Durchbruch depressiver Strukturanteile verstehen, die symbiotische Bedürfnisse signalisieren, welche wiederum durch eine idealisierte narzißtische Abwehr eingeschränkt werden müssen.

In dieser intrapsychischen Auseinandersetzung zwischen den anlehnenden und abgrenzenden Potentialen kann der Analytiker die entscheidenden Kräfte im Zustandekommen des Therapieinteresses vermuten. Der Bücherkonsum ließe sich als "Angst vor Abhängigkeit und Nähe" interpretieren, die Hinwendung zur Therapie als partielle Milderung dieser Angst und Aktualisierung einer diffusen Hoffnung, ein schützendes und stärkendes Idealobjekt zu finden. Demnach folgt auch hier die Interpretationsarbeit den gewohnten Mustern, wie sie in den vorausgegangenen Abschnitten zugrundegelegt sind. Kontrastierend dazu setzt die Selbstwahrnehmung des Patienten andere Akzente.

Der Entscheidungsprozeß, eine Psychotherapie aufzusuchen, verlief nach der Schilderung von Herrn P. etwa in folgenden Schritten:

Zunächst habe subjektiv für ihn keine Veranlassung bestanden, eine psychische Verursachung seiner Symptomatik in Erwägung zu ziehen, da auch die ihn behandelnden Ärzte nicht nach psychologischen Verstehenszusammenhängen suchten, ständig die gleichen Untersuchungen wiederholten und Beruhigungsmittel verschrieben. Die Symptomatik verschärfte sich zunehmend - wobei aus psychoanalytischer Sicht insbesondere die erhöhte Dosierung der Beruhigungsmittel dazu beitrug, das aktiv-aggressive Potential des Patienten in der Verdrängung zu belassen, so daß er verstärkt in einen Zustand der Müdigkeit, der Lethargie, der ausweglosen Depression geriet. Er war nicht mehr in der Lage zu arbeiten, Vorlesungen und Seminare zu besuchen, legte unter einer kaum tragbaren Belastung eine Zwischenprüfung erfolgreich ab und zog

sich dann für ein halbes Jahr ins Elternhaus zurück. Die Möglichkeit, sein Studium einmal fortsetzen zu können, hielt er überwiegend für ausgeschlossen, an eine zukünftige reale berufliche Existenz mochte er nicht mehr glauben. Die einzige durchgängige Aktivität des Patienten beschränkte sich auf einen immensen Bücherkonsum.

In seinem Selbststudium psychologischer Literatur über psychosomatische Erkrankungen hatte der Patient in erster Linie Freuds "Gesammelte Werke" und umfassende Kompendien gewählt (Nunberg, Loch usw.). Von den triebtheoretischen Ansätzen und Beispielen war er befremdet und verunsichert, arbeitete sich jedoch trotzdem kontinuierlich in speziellere Bereiche vor. Als er erste ihm plausible Zusammenhänge entdeckte, begann er ab morgens sieben Uhr bis abends - so gut es seine Arbeitsstörung erlaubte - zu lesen und sich Notizen zu machen.

Am Vorabend seiner telefonischen Anfrage nach einer Psychotherapie las er den folgenden Abschnitt von ERIKSON, der ihn endgültig bestärkte:

"Jeder gute Arzt aber weiß, daß die Klage des Patienten ausgedehnter ist als sein Symptom, und sein Krankheitszustand umfassender als lokalisierte Schmerzen oder Dysfunktionen. Ein alter Jude drückte das so aus (und alte Juden haben eine Art, für die Opfer aller Nationen zu sprechen): "Herr Doktor, meine Eingeweide arbeiten nicht, meine Füße tun mir weh, mein Herz macht Sprünge - und wissen Sie, Doktor, ich selber fühle mich auch nicht so recht wohl" (ERIKSON 1971, S. 41).

Insgesamt verdeutlicht dieses Beispiel, daß das metapsychologische Modell in seinen o.g. verschiedenen Differenzierungen Hypothesen über psychodynamische Prozesse aus der Sicht des Therapeuten formulieren kann. Demgegenüber findet die Beurteilung der Therapieentscheidung durch den Patienten eine andere Zentrierung, indem verschiedene Dimensionen außerhalb des psychoanalytischen Krankheitsmodells - wie existentielle Belastung oder "Brückenfunktion" des ERIKSON-Zitates - an Bedeutung gewinnen. Die einzelnen Stationen werden in den späteren Kapiteln präzisiert. Festzuhalten bleibt zunächst die Vorstellung, daß durch den Versuch der schrittweisen Erarbeitung der Patientenentscheidung eine Verfeinerung des Patienten-Therapeuten-Dialogs ermöglicht werden kann. Dadurch wird die bestehende Asymmetrie in dieser Kooperation nicht aufgelöst, jedoch eine erweiterte Reflexion der Ausgangssituation zu Beginn einer psychoanalytischen Behandlung angeboten.

Im nächstfolgenden Schritt wird die Frage untersucht, ob die bereits erwähnten metapsychologischen Erweiterungen das Problem der ausschließlich analytikergebundenen "Maschinensprache" bereits relativieren oder auflösen kann.

2. Die Bedeutung der Narzißmus-Theorie

Innerhalb der Diskussion psychoanalytischer Metapsychologie gibt es wesentliche Versuche, das Problem der formelhaften Verkürzung und Beschreibung dadurch zu lösen, daß neben der "Ich-Instanz" eine weitere Zentralstruktur eingeführt wird, das sogenannte "Selbst" (vgl. z.B. ERIKSON 1956, JACOBSON 1973, KOHUT 1973, KERNBERG 1979 oder HENSELER 1974). Das Selbst gilt als Zentrum des narzißtischen Regulationssystems und umfaßt die Gefühle des Selbstwertes, der Sicherheit und des Wohlbehagens. Diese Entwicklung verdankt die Psychoanalyse in erster Linie ERIKSON.

ERIKSON entwickelte ein epigenetisches Modell, daß die psychosozialen Krisen und ihre Lösungsversuche in der Wechselbeziehung Mensch-Umwelt präzisiert und eröffnete damit eine verstärkte Hinwendung zu einer historisch orientierten Interaktionstheorie. Epigenese bedeutet bei ERIKSON eine Erweiterung des genetischen Gesichtspunktes der Psychoanalyse. Die Persönlichkeitsentwicklung fußt auf einem vorgegebenen Wachstumsplan, die sich schrittweise differenzierenden Sozialisationsstrukturen werden sowohl durch eingeborene Gesetze des Organismus als auch durch gelernte Erfahrung reguliert. Bei der Reflexion der einzelnen Entwicklungsstufen bestätigt sich nachdrücklich die Bedeutung der wechselseitigen Einigungsprozesse Kind-Mutter-Familie-Umwelt-Gesellschaft, ein Prozeß, der in unterschiedlichen theoretischen Ansätzen entweder die Dominanz in den frühkindlichen Triebbedürfnissen oder in den gesellschaftlichen Formungs- und Deformierungseinwirkungen herausstellt (vgl. z.B. LORENZER et al. 1971, DAHMER 1973).

LORENZER legt seinen Schwerpunkt insbesondere auf den schwierigen Vermittlungsprozeß zwischen beiden Strukturen: "Bei dieser Einigung geht es selbstverständlich nicht um das bruchlose Zusammentreffen von kindlichem Organismus und kulturell formierten Interaktionsnormen. Die Vermittlung läuft ja allemal über die Mutter, deren subjektives Verhalten, in dem seinerseits Interaktionsformen über den langen und komplizierten Weg einer lebensgeschichtlichen Aneignung, d.h. Auseinandersetzung, sich niedergeschlagen haben" (LORENZER 1973, S. 158, vgl. auch LORENZER 1974).

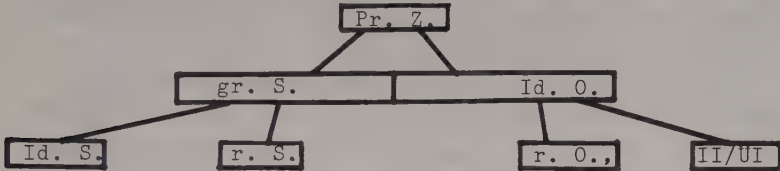
Dieser Ansatz begründet, daß die Selbst-Definitionen einer jeden frühkindlichen Entwicklungsstufe sozial determiniert sind, z.B. gilt für die orale Phase das Lernen von Urvertrauen: "Ich bin, was man mir gibt." Dabei hat jede Phase Krisencharakter, der durch die spezifische Störung des frühen Einigungsprozesses zwischen Mutter und Kind hervorgerufen wird. Für die Regulation in der oralen Phase beschreibt ERIKSON:

"Wo das mißlingt, zerfällt die Situation in eine Vielfalt von Versuchen, durch Zwang oder in der Phantasie zu herrschen statt durch Wechselseitigkeit. Der Säugling wird versuchen, durch ziellose blinde Aktivität zu kriegen, was er durch zentrales Saugen nicht bekommen kann, er wird sich erschöpfen oder seinen eigenen Daumen entdecken und auf die Welt pfeifen. Auch die Mutter kann versuchen, die Angelegenheit zu forcieren, wenn sie dem Kind die Brustwarze in den Mund drängt, nervös die Fütterungszeiten und Nahrungszusammensetzung wechselt und außerstande ist, sich während der anfangs unter Umständen schmerzhaften Stillprozedur zu entspannen" (ERIKSON 1968³, S. 241 f).

Die Vorstellung, daß der Säugling sich und die Gaben der Mutter als eins empfindet, beides zu einer diffusen Urerfahrung zusammenfaßt, führt zu verschiedenen psychoanalytischen Auffassungen über die frühkindliche Entwicklung. Einigkeit besteht darüber, daß durch eine nicht "genügend gute" Regulation zwischen Kind und Mutter, eine intrapsychische Struktur gebildet wird, die gegenüber der zunehmenden Wahrnehmung der Trennung von Selbst und Objekt sehr stör- anfällig sein kann. Dieser "Primärschaden im Selbst" und seine Folgeerscheinungen lassen sich durch verschiedene Differenzierungen der narzißtischen Entwicklung darstellen (Tabelle 1 und 2 auf S.61 bzw. S.62 , siehe HENSELER 1974, S. 78 u. 79, vom Verfasser verkürzt).

Tabelle 1

Übersicht über die Entwicklung des narzißtischen Systems (modifiziert nach KOHUT 1966, 1971, vgl. HENSELER 1974, S. 79)¹



Legende:

- Pr. Z. = Primärzustand
- gr. S. = grandioses Selbst
- Id. O. = idealisiertes Objekt
- Id. S. = Ideal-Selbst
- r. S. = reales Selbst
- r. O. = reales Objekt
- II/UI = Ich-Ideal/Über-Ich-System

In der symbiotischen Phase (Primärzustand) erlebt das Kind (ausgedrückt in der Sprache des Erwachsenen) Gefühlsqualitäten wie Sicherheit, Geborgenheit, Omnipotenz usw. Die fortschreitende Entwicklung führt durch die Trennung der Selbst- und Objektrepräsentanzen zu grundlegenden Erschütterungen dieser Basisgefühle. Die Aufgabe, das Selbstwertgefühl dabei zu sichern, löst

¹ Diese Darstellungen ermöglichen Aussagen über Prozesse des narzißtischen Systems in ähnlicher Form wie ich-psychologische Beschreibungen die Funktionsweise der Triebdynamik erörtern. Ausgehend von der Kontroverse zwischen KOHUT und KERNBERG (siehe auch KERNBERG 1975) ist eine der interessantesten Diskussionen zur metapsychologischen Betrachtung des Narzißmusproblems entstanden.

das Kind über die Zwischenstufen der Selbst-Idealisierung und der Idealisierung der Eltern. Diese narzißtischen Positionen werden allmählich realitätsgerechter abgebaut und führen lediglich bei pathologischen Entwicklungen zu Fixierungen auf verschiedenen Stufen (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2

Idealisierte Aspekte auf den verschiedenen psychosexuellen Entwicklungsstufen (HENSELER 1974, S.78).

<u>Entwicklungs-</u> <u>stufen¹</u>	<u>grandioses Selbst</u>	<u>idealisiertes Objekt</u>
oral	an sich selbst Genüge haben, alles schon haben, unbegrenzte Sättigung, fragloses Akzeptiertsein.	unerschöpfliche Quelle des Nährens, Gebens, Wärmens, Sorgens, Sicherheitsgebens, stetige Anwesenheit.
anal	grandioser Wert, Einzigartigkeit, unerhörte Größe.	grandioser Wert Einzigartigkeit unerhörte Größe.
phallisch	unerreichbare Überlegenheit, Vollkommenheit.	unerreichbare Überlegenheit, Vollkommenheit.

¹Die Pathologie des Selbst hat demnach orale, anale bzw. phallische Fixierungen, die den Zustand der symbiotischen Selbst-Objekt-Einheit aufrechterhalten, um den leicht bedrohbaren Idealzustand des Wohlbefindens abzusichern.

Diese Kurzdarstellung zentraler Positionen der Narzißmustheorie belegt das Bemühen der psychoanalytischen Theoriebildung, das Selbst und die Objekte zunehmend über die subjektive Erfahrungswelt, die empathische Identifikation und weniger über die klassische metapsychologische Darstellung zu verstehen. Der Grad der Erlebnismnähe dieser interpretativen Verkürzungen schwankt jedoch erheblich. Die Ebene der intra-individuellen Konstrukte (Tabelle 1), in der die Niederschläge zwischenmenschlicher Beziehungen dargestellt werden als Interaktionen zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen erinnert an die gewohnten mechanistischen Konzepte.

Trotz der intraindividuellen Abgeschlossenheit der Theorie des Selbst liefert diese Erweiterung verbesserte Möglichkeiten, verschiedene Gefühlszustände zu differenzieren und in soziale Zusammenhänge einzuordnen. Von daher wird auch ein spezifischerer Zugang zur Beurteilung der Patientenentscheidung möglich. In einem Fallbeispiel reflektiert EICKE den Behandlungsbeginn eines Patienten - des Herrn X - den er als narzißtische Charakterneurose diagnostiziert:

"Er ist ein erfolgreicher Mann im öffentlichen Leben, ... Herr X war bei Behandlungsbeginn 37 Jahre alt, er ist verheiratet, hat zwei Söhne von zehn und elf Jahren und eine Tochter von drei Jahren. Warum kommt Herr X in Analyse, obwohl er völlig gesund und so erfolgreich im Leben ist?...Es gab einmal Schwierigkeiten in seiner Ehe, als seine Frau fremdgegangen war. Herr X war darüber sehr beunruhigt und fragte einen Bekannten um Rat, der ihn zu mir schickte. Obwohl in dieser Bespre-

chung alles im Leben des Herrn X sich als tadellos darstellte, bis auf den Umstand der Beunruhigung über das Fremdgehen der Ehefrau, wollte Herr X am Ende dieser Besprechung eine analytische Behandlung. Dies wurde ihm ohne Zögern zugesagt. Außer einer freundlichen verständnisvollen Haltung für die Beunruhigung erhielt Herr X nichts, insbesondere keinerlei Deutung" (EICKE 1978, S. 107 f).

EICKE begründet diese Vorgehensweise folgendermaßen: "Da meiner Erfahrung nach die Dynamik narzißtischer Persönlichkeitsstrukturen nicht auf einer anderen Ebene als auf der Objekt- und Triebentwicklung stattfindet, sondern Ausdruck einer intensiven, besonderen Fixierung in der primären Liebe bedeutet, habe ich weder in der Erstbesprechung noch in der ersten Analysestunde irgendeine Deutung gegeben, noch den Patienten mit irgendetwas, was ihm nicht bekannt war, konfrontiert. Ich habe daher auch spontan seinem Wunsch nach Analyse entsprochen, ohne seine Motive zu erforschen, ich konnte mir denken, daß er keine Motive hätte angeben können, und ich wollte ihn nicht blamieren. Dies halte ich für eine wesentliche Haltung gegenüber dem Narzißten: Jede Kränkung vermeiden, welche eine geglückte Fassade erschüttern könnte" (a.a.O., S. 108).

Etwas später in seinem Bericht formuliert EICKE die Problematik des Patienten als Aggressionsstörung:

"Ich war mir jetzt auch im klaren, weshalb er in Analyse gekommen war: Die Trennungserlebnisse beim Fremdgehen seiner Frau hätten zu Aggressionserlebnissen führen

müssen, die aber unbewußt blieben. Jeder Trennungsvorgang ist in sich selbst eine Aggression. Während libidinöse Triebe leibliche Bedürfnisse zu befriedigen streben, ist die Aggression ein Trieb, sich im sozialen Feld behaupten zu können. Beim Narzißten besteht ein Selbstbild gegenüber dem sich die unbewußten Aggressionstendenzen nicht zum Ausdruck bringen können. Wenn durch genügende Bestätigung von außen das Selbstbild gefestigt wird, erlaubt es nur Selbstbeobachtung und distanzierte, ja oft humorvolle Selbstbespiegelung. Wenn die Bestätigung von außen ungenügend wird, oder die Trennungserlebnisse zu stark werden, kommt es zu Ängsten und Störungen" (a.a.O., S. 110f).

Diese Ausschnitte verdeutlichen die diffizile Umarbeitung der zunächst relativ unbestimmten Wahrnehmung des Therapeuten in das Konzept der psychoanalytischen Narzißmustheorie. Die von EICKE zugrundegelegte Pathologie des Selbst schließt ein, daß die Struktur- bildung seines Patienten nicht so weit gefestigt ist, daß er die autonome Funktion des versorgenden Objekts (holding environment) aufrechterhalten kann, wenn aggressive Potentiale eine krisenhafte Bedrohung einleiten. Unter dieser Hypothese wird die Therapieentscheidung des Patienten reflektiert, allerdings in einer ausschließlich therapeutenzentrierten Version. Während hier insbesondere die Psychodynamik der narzißtischen Persönlichkeitsstruktur im Mittelpunkt steht, erlauben die eingearbeiteten entwicklungspsychologischen Ansätze - die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie - weitere spezifische Interpretationen der Patientenentscheidung.

3. Spezifische Grundkonzepte der Objektbeziehungstheorie

Die vielschichtige Objektbeziehungstheorie hat gegenüber dem strukturellen Konfliktmodell der Psychoanalyse an Bedeutung gewonnen, da bestimmte psychische Störungen (Narzißtische Neurosen, Borderline-Erkrankungen, psychosomatische Symptome) theoretisch differenzierter erörtert werden können, wenn der Aufbau psychischer Strukturen in den ersten drei Lebensjahren ins Auge gefaßt wird. Insbesondere die ungelösten Konflikte der Loslösungs-Individuations-Phase (im Sinne von MAHLER) gelten als die zentralen Hintergründe der obengenannten Erkrankungen. In den einzelnen Subphasen der kindlichen Entwicklung zwischen dem vierten Monat und dem zweiten bis dritten Lebensjahr liegt der Schwerpunkt in der partiellen Bindung von Angst und der Herstellung einer weitgehenden Objektkonstanz, die es dem Kind ermöglicht, Funktionen des Angstschutzes und der Verinnerlichung einer bestätigenden positiven Umweltrepräsentanz aufzubauen:

- "das Kind muß die Fähigkeit entwickelt haben, eine symbolische Repräsentation, d.h. eine Objektrepräsentanz der Mutter bilden und diese auch bei zeitweiliger Abwesenheit der Mutter erinnern zu können, um aus dieser Erinnerung ein Gefühl der Sicherheit und der Akzeptierung des vorübergehenden Alleinseins beziehen zu können;

- es muß die mütterliche Objektrepräsentanz mit neutralisierten libidinösen und aggressiven Emotionen erleben können, um nicht bei Frustrationen auf die Phase der (symbiotischen) Undifferenziertheit von Selbst und Objektrepräsentanzen zu regredieren;
- und es muß schließlich eine Vereinheitlichung der guten (befriedigenden, Sicherheit gewährenden) und der bösen (frustrierenden, Unsicherheit und Unbehagen erzeugenden) mütterlichen Teil-Objektrepräsentanzen vornehmen können, um mit dieser Ambivalenztoleranz die vormals vorherrschende (entwicklungsadäquate) Aufspaltung der mütterlichen Objektimago aufgeben zu können" (MERTENS 1981, S. 55).

Zwei entscheidende Subphasen dieser Entwicklung (MAHLER 1978) werden als Übungsphase und als Wiederannäherungsphase bezeichnet. In der Übungsphase (etwa vom 10. bis 18. Monat) beginnt das Kind, Nähe und Distanz zur Mutter zunehmend selbst zu bestimmen. Neugierde und Forschungsverhalten stehen im Vordergrund, allerdings auch ein sehr instabiles Sicherheitsgefühl, so daß die Mutter als "Heimatbasis" zum "emotionalen Wiederauftanken" zur Verfügung stehen muß. In der Wiederannäherungsphase (etwa vom 14. bis 24. Monat) steigern sich Trennungsangst, Kränkbarkeit und Hilfsbedürftigkeit des Kindes, so daß die Mutter in rascher Folge weggestoßen oder geklammert wird. In dieser Phase ist die Mutter erheblich gefordert, beide Tendenzen so weit als möglich liebevoll zu akzeptieren. Erst wenn

auch diese Krise einigermaßen positiv bewältigt ist, erweitert sich die Möglichkeit des Kindes zu einer konstanten Beziehung mit abnehmender Ambivalenz und Trennungsangst.

Angeregt durch diese Beziehungsstrukturen, die von zwei interagierenden Partnern ausgehen, versucht der Analytiker - im objektbeziehungstheoretischen Verständnis - alle Mitteilungen des Patienten unter der Perspektive zu interpretieren, daß er - der Patient - in ihm - dem Analytiker - ein unbewußt erwünschtes oder auch partiell gemiedenes Liebesobjekt erreichen will. Die aktuelle unbewußte Beziehungsbedeutung tritt dadurch stärker in den Vordergrund, manchmal unter Vernachlässigung der lebensgeschichtlichen Rekonstruktionen (vgl. z.B. THOMÄ 1984, S. 37). Unabhängig jedoch von diesen therapietechnischen Auseinandersetzungen eröffnet die Vorstellung von einer primär objektsuchenden psychischen Energie interessante Anregungen zur Reflexion von Beziehungsaufnahme und Unterstützung in medizinischen und psychotherapeutischen Feldern.

Als historisches Beispiel aus den Anfängen der Psychoanalyse kann - auch unter dieser Perspektive - die Beziehung zwischen FREUD und FLIESS betrachtet werden, insbesondere hinsichtlich der Entwicklung der wechselseitigen Abhängigkeit und deren schmerzhaftes Lösung. FLIESS (1858 - 1928) war ein Berliner Hals-Nasen-Ohren-Facharzt, der sich mit Problemen der allgemeinen Biologie beschäftigte und mit dem FREUD von 1887 bis 1901 intensiv befreundet war. FREUD hatte zu dieser Zeit keine privaten engeren Beziehungen und kaum Kontakt zu Kollegen. FLIESS wurde sein "alter ego", sein "erstes Publikum" und "oberster Richter" (JONES 1960, SCHUR 1973). Da FREUD zeitweise unter Herzbeschwerden, Kopf-

schmerzen und depressiven Verstimmungen litt, wurde der idealisierte Freund FLIESS auch in die diagnostischen und therapeutischen Überlegungen miteinbezogen. FLIESS gab zunächst dem Nikotin (FREUD rauchte täglich Zigarren) die Schuld, worauf FREUD teilweise mit Erleichterung, teilweise mit Schuldgefühlen reagierte, da er an diese Lösung nicht glaubte und sich fortwährend brieflich rechtfertigte, weil er das Rauchen nicht einstellen konnte. Ab 1895 vertrat FLIESS eine neue Hypothese, die des "nasalen Reflexes". Verbunden damit war die Vorstellung, daß eine bestimmte Gruppe von funktionalen und organischen Syndromen durch lokale Prozesse in der Nasenschleimhaut verursacht werden und durch Kokainanwendung oder chirurgische Eingriffe an der Nasenmuschel behandelt werden können. FREUD vertraute FLIESS vollständig und unterzog sich beiden Behandlungsverfahren. SCHUR kommentiert: "Welche Aspekte der Beziehung Freuds zu Fließ waren einer Übertragungsbeziehung in der analytischen Situation vergleichbar? Einmal die extreme Überschätzung des Objekts, welche die kritische Bewertung von dessen Qualitäten, Arbeit, wissenschaftlichen Leistungen etc. beeinträchtigt; dann ein übertriebenes Verlangen nach Zustimmung und Lob, die Neigung, alle negativen Gefühle zu verleugnen; das Hin- und Herschwanken zwischen Unterordnung und Trotz, das die Ambivalenz anzeigt, die in jeder regulären Analyse unvermeidbar ist" (SCHUR 1973, S. 99 f).

In kleinen Schritten, häufig verbunden mit starken Zweifeln und Schuldgefühlen konnte FREUD Ambivalenz innerhalb der Beziehung entdecken. Er bot weiterhin beständig seine Freundschaft an, wurde auch Helfer und Ratgeber, entfernte sich jedoch zunehmend von den alten Idealisierungen. 1904 kam es zum endgültigen Bruch, als

FLIESS den Vorwurf machte, daß FREUD unter seinem Namen Theorien von FLIESS verbreitete.

Eindrucksvoll an dieser Geschichte einer Beziehung ist - neben vielen anderen Aspekten - die Verbindung einer differenziert interpretierbaren Objektbeziehung mit der Möglichkeit, Behandlungsvorschläge zu vermitteln und zu modifizieren. Übertragen auf den Psychoanalysepatienten kann die Therapieentscheidung davon abhängig gemacht werden, ob der Therapeut das Muster seiner Objektbeziehungssuche wahrnehmen kann und ob es ihm gelingt, darauf zu antworten. Diesen Aspekt stellt z.B. SCHÖTTLER als ein Ergebnis von Erstinterviews und erster Behandlungsphase bei psychosomatisch schwer gestörten Patienten besonders in den Vordergrund:

"Nach den Erstinterview-Stunden wie nach vielen Stunden der ersten Behandlungsphase war ich meist völlig erschöpft; die aggressiven Phantasien, die die Patienten zu diesem Zeitpunkt noch nicht wahrnehmen konnten, übertrugen sich auf mich. Ich hatte oft Lust, sie wieder wegzuschicken und empfand starke Spannung. Nach den Sitzungen verspürte ich das Bedürfnis, entweder mit großen Schritten durch das Behandlungszimmer zu laufen oder Lockerungsübungen zu machen; ein somatisches Phänomen wurde übertragen. Ich verspürte das Verlangen, die Bewegungen auszuführen, die sich der starr vor mir sitzende Patient nicht gestattete, um, wie ich annahm, ein mütterliches Tabu nicht zu brechen, denn Laufen und Bewegen bedeutet auch, sich von der Mutter fortbewegen können, sie zu verlassen. Diese durchaus gesunden Impulse müssen die kranken Mütter meiner Patienten als ungeheuren aggressiven Akt und bedrohlichen Verlust er-

lebt haben. Auffällig viele meiner Patienten erinnerten sich später daran, ihren Müttern gegenüber als Kinder häufig geäußert zu haben: "Alleine machen, alleine machen lassen." Obwohl einige früh Laufen gelernt hatten, wurden sie überlang im Wagen gefahren, ins Ställchen gesetzt und an der Hand gehalten, nicht in den Kindergarten geschickt und verspätet eingeschult mit dem Argument "Du bist noch zu schwach, klein und außerdem krank" (SCHÖTTLER 1981, S. 120 f).

Der Versuch, die dargestellten Erfahrungen auf die Voraussetzungen der Patientenentscheidung zu beziehen, führt zu der Interpretation, daß der Patient im Sinne einer zwanghaften Wiederholung früherer Interaktionsmuster den Therapeuten psychisch besetzt, der wiederum diese Rollenzuschreibung durch eine Identifikation mit dem Patienten bzw. seinen Beziehungspersonen erleben und sprachlich darstellen kann. Wie in den anderen Beiträgen zur Patientenentscheidung wird die Interpretationsarbeit dabei allein vom Therapeuten geleistet, der entweder Hypothesen über intrapsychische Regulationsvorgänge oder unbewußte Beziehungsstrukturen entwickelt (siehe auch Kapitel III/1).

Nach einer kurzen Zusammenfassung der bisherigen Gesichtspunkte folgt die Analyse der Patientenentscheidung aus biographischer Perspektive.

4. Möglichkeit und Begrenzung psychoanalytischer Konzepte zu einer Theorie der Patientenentscheidung - Zusammenfassung

Bisher wurden die zentralen Konzepte der Psychoanalyse vorgestellt und diskutiert, die jeweils Ansatzpunkte zur o. g. Theorie anbieten. Die klassische psychoanalytische Metapsychologie interpretiert zunächst den intrapsychischen Verursachungszusammenhang der Psychotherapieentscheidung. Hierbei handelt es sich um einen determinierten psychischen Vorgang, der innerhalb des triebpsychologischen Regulationssystems faßbar erscheint. Zwei Vorannahmen haben entscheidende Bedeutung:

1. Die verschiedenen intrapsychischen Instanzen haben jeweils unbewußte Anteile, die als die wesentlichen Ursachen der Entscheidung gelten.
2. Der Psychoanalytiker kann durch seine spezifische Form der Wahrnehmung und sein Dokumentationsmodell die manifesten Angaben und Verhaltensweisen des Patienten auf die Ebene des latenten Verursachungszusammenhanges übersetzen.

Diese theoriebestimmte Auffassung der Patientenentscheidung entspricht der metapsychologischen Aufschlüsselung psychischer Erkrankungen im Sinne eines strukturellen Konfliktmodells. Insbesondere sind folgende spezielle Aussagen möglich: Die unbewußt determinierte Patientenentscheidung ist

- a) das Ergebnis eines Konfliktes zwischen innerpsychischen Strukturen;
- b) ein Kompromiß im Sinne eines Versuches, Angst und/oder Unlust zu vermeiden;
- c) ein Versuch, die persönliche Selbstwahrnehmung und Selbstdarstellung erträglicher zu gestalten.

Die klassische metapsychologische Konzeption - mit ihrer mechanistischen deduktiv nomologischen Zugangsform - findet eine kritische Ergänzung in den narziß-tischen Entwicklungs- und Neurosetheorien. Diese bevorzugen z.T. eine stärker phänomenologisch orientierte Darstellung und lassen von daher die Überlegungen zur Patientenentscheidung partiell erlebnisnäher erscheinen. Die Objektbeziehungstheorie verfolgt die Entwicklungs- und Sozialisationsprozesse, die vor der Etablierung konstanter Strukturen (Selbst- und Objektkonstanz) ablaufen. Dadurch wird es möglich, die interpersonellen Beziehungen zu reflektieren, die als helfende oder strafende introjizierte Instanzen den Aufbau von Kooperationen mitbeeinflussen. Diese Thematisierungen fassen Strukturbildungsprozesse zusammen, die z.T. erlebnisnah oder identifikatorisch einfühlbar nachvollzogen werden können. Bei den Konzepten der psychoanalytischen Behandlungstechnik bieten die Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse den wohl weitesten interpretativen Spielraum für den latenten Verursachungszusammenhang der Therapieentscheidung. Mit Hilfe des szenischen Verstehens werden Beziehungsgefühle und Rollenzuweisungen wahrgenommen und interpretiert, die den Erfahrungsbeständen und Verarbeitungsprozessen des Psychoanalytikers folgen und weit über

die subjektive Wahrnehmung des Patienten hinausgehen. Für alle vier Konzepte gilt, daß die Feststellung der latenten Kausalität der Therapieentscheidung in den Vorgesprächen die Selbstwahrnehmung des Patienten nicht entscheidend gewichtet, der allerdings eine eigene Version über die Bedingungen seiner Entscheidung im Interpretationsdialog vorlegen kann. Der Differenzierung dieser Bedingungen gilt die Weiterführung der Diskussion in den folgenden Kapiteln. Zentraler Ausgangspunkt ist die Vorstellung, daß der Patient durch seine Entscheidung ein lebenspraktisches Interesse zum Ausdruck bringt und weitere Aspekte als die psychische Erkrankung in den Mittelpunkt stellt. Indem er eine partielle Neuinterpretation seiner Lebensgeschichte vornimmt, lassen sich die verschiedenen Dimensionen seiner Entscheidung zusammenfügen, ohne daß komplexe theoriegesteuerte Übersetzungsmodelle Anwendung finden.

Für die psychoanalytische Praxis - insbesondere für die Durchführung der Interviews und für die Indikationsstellung - liefert die zusätzliche Berücksichtigung der Selbstkonzeption des Patienten m.E. wesentliche neue Erfahrungen. Insbesondere verdeutlichen sich unterschiedliche Möglichkeiten der Kooperationsvereinbarung und Differenzierung der therapeutischen Handhabung des Behandlungsbeginns. Die einzelnen Konsequenzen werden in den späteren Kapiteln (IV und V) zur Diskussion gestellt.

Zunächst wird die Theorie des Kulminationspunktes der Therapieentscheidung weiter ausgeführt. Dabei folgt der Prozeß der Analyse und Theoriebildung den "Kanälen"

des Patienten, indem der Versuch gemacht wird, die verschiedenen Elemente der Neuinterpretation seiner Lebenssituation - z.T. im gemeinsamen Dialog - zu erfassen.

IV Zur Analyse der Patientenentscheidung aus biographischer Perspektive

1. Zum methodischen Ansatz

Die biographische Analyse versucht bei der Interpretation eines Kulminationspunktes der Therapieentscheidung das konzeptuelle System des Patienten zu repräsentieren, und zwar nicht durch den Versuch, einer "statischen Momentaufnahme" dieser Entscheidung, sondern als Ergebnis einer reflektierten Verarbeitung des Therapeuten, der von einer Vernetzung der beidseitigen Interpretationsmuster ausgeht. Auf der Seite des Patienten handelt es sich um ein Repertoire an Wissens-, Deutungs- und Handlungsstrukturen, die seine Entscheidung festlegt, ohne daß die einzelnen Selbst- und Umweltkognitionen gewöhnlich umfassend problematisiert und reflektiert werden. Zumindest in der Phase der Vorgespräche (z.B. im psychoanalytischen Erstinterview), die dem Patienten die Auswahl seiner Thematisierungen ganz freigibt, bleibt auch die kognitive Disposition offen, die den Patienten veranlassen könnte, sich ausführlich mit den Dimensionen seiner Entscheidung zu beschäftigen. Geht allerdings der Therapeut davon aus, daß der Entscheidungsprozeß nicht ohne Komplikationen und Konflikte verlaufen ist, dann hört er möglicherweise Subtheorien des Patienten, die er zu seiner eigenen Konzeption in Beziehung setzen kann. Diese Ausgangssituation fordert zunächst die Auseinandersetzung mit den Kognitionen des Therapeuten, da seine "Hörebene" die Dimensionen der Patientenentscheidung strukturiert und in Form einer modellhaften Verkürzung zusammenfaßt. Dabei bleibt die Vernetzung

der Positionen von Patient und Therapeut unauflösbar, allerdings kann ihre wechselseitige Abhängigkeit reflektiert und verfeinert werden. Die Komplexität dieses Interpretationsprozesses zeigt sich insbesondere in den späteren Beispielen, in denen der Therapeut aktiv die Reflexion der Therapieentscheidung anregt und seine eigenen Vorstellungen in den Interaktionsablauf einbringt.

"Es wäre danach durchaus denkbar, daß die Referenten konkreter narrativer Sequenzen (etwa bestimmte "Planbruch-Ereignisse") in einer Lebensgeschichte den "Selbstplan" des Erzählers nicht im mindesten berühren. Es wäre andererseits nicht ausgeschlossen, daß die Rekonstruktion biographisch wichtiger Referenzen im Erzählprozeß die Konstruktion des "Selbstplans" beeinflusst. Eben dieses ist aber erst zu klären, wenn die Ebene der Referenzen selbst exakter erfaßt ist" (ALHEIT 1982, S. 30).

Die daraus zu ziehenden Schlußfolgerungen führen zu folgender Präzisierung der Ausgangssituation: Die angestrebte Neuinterpretation der Lebensgeschichte von Psychotherapiepatienten geht - hinsichtlich der Reflexion ihrer Behandlungsentscheidung - auf einige relativ unstrukturierte Positionen zurück. Hierfür entscheidend ist, daß die zur Auswertung verfügbaren Interviews sich mit Problemen der Indikationsstellung beschäftigen, wie sie im psychoanalytischen Standardverfahren üblich sind. Die Frage nach einem potentiellen Kulminationspunkt der Therapieentscheidung spielt dabei keine wesentliche Rolle.

Von daher stützt sich ein erster Formulierungsver-such der am Entscheidungsprozeß beteiligten Dimen-sionen auf Erfahrungen einer ca. zehnjährigen psy-chotherapeutischen Praxis und auf einige ausführ-liche Informationen aus Vorgesprächen und Therapien, die bereits zum Lernprozeß dieser Arbeit gehören. Als Grundstruktur ist zu beachten, daß die aktuelle neurotische Erkrankung als intrapsychische und psy-chosoziale Störung nicht im Mittelpunkt des Be-dingungsgefüges stehen kann. Beide Ansätze sind eng verbunden mit dem psychoanalytischen Neurosekonzept und erfordern eine metapsychologische Modellsprache, die als formelhafte Verkürzung gelten muß, die dem Selbstverständnis und der Beurteilung des Therapeuten und nicht der Lebenspraxis des Patienten entspricht. Da es jedoch um die Zielvorstellung geht, die Ent-scheidungssituation des Patienten mit dem Schwerpunkt seiner Selbst- und Umweltwahrnehmung zu erfassen, be-darf es nicht der psychoanalytisch interpretierenden Leistung des Untersuchers, sondern vielmehr der genau-en Dokumentation und möglichst geringen theoretischen Interpretation des Patientenberichtes. Folglich muß eine erste Dimension Angaben darüber enthalten, wel-che Erfahrungen und Erlebnisweisen beim Patienten vorliegen, die insbesondere Gefühle und Verarbeitungs-prozesse zu Krisen und Krankheiten wiedergeben. Nach den Eindrücken des Verfassers lassen sich hinsichtlich des Psychotherapieinteresses zwei Schwerpunkte zu-sammenfassen. Der Patient befürchtet eine existentielle Bedrohung - die hier verstanden sein soll als eine von ihm befürchtete Veränderung in seinen wesentlichen per-sönlichen Beziehungen und in seiner beruflichen Bindung. Auf der anderen Seite verspürt er eine positive Wert-zuschreibung oder Hoffnung, die er auf eine zukünftige Lebenssituation bezieht.

Die zweite Dimension liegt in einer spezifischen Vermittlung des Behandlungsverfahrens, im wesentlichen in einer Vertrautheitszunahme, die häufig über dritte Personen entwickelt oder unterstützt wird.

In den folgenden Abschnitten werden diese Muster ausgeführt. Darüber hinaus werden Vorschläge entwickelt, wie eine erweiterte empirische Überprüfung möglich sein kann.

2. Die Bedeutung der existentiellen Belastung

Die Beteiligung existentieller Krisen als Teildimension der Therapieentscheidung erscheint in manchen Biographien offensichtlich, in anderen verschlüsselt, in einigen ist sie in der nachträglichen Rekonstruktion nicht mehr auffindbar. Gut übersehbar ist die folgende Konstellation:

Fallbeispiel 3

Ein männlicher Patient - Mitte 30 - leidet seit acht Jahren unter einer intensiven Berührungsangst, unter Ekzemen und partiellen Atembeschwerden. Nahestehende Personen - insbesondere die Ehefrau - versuchen sich mit diesen Symptomen zu arrangieren. Die eheliche Beziehung etabliert sich zunehmend in einer gleichförmigen emotionalen und körperlichen Distanz, die erst zu einem Zeitpunkt wesentlich gefährdet ist, als die Ehefrau eine für sie befriedigendere Beziehung aufnimmt, dem Patienten die Scheidung androht und ihn somit zwingt, seine bisherige Lebenspraxis neu zu überdenken. Diese Zusammenhänge sind dem Patienten spontan zugänglich, obwohl er zunächst - wie bei seinen gewohnten ärztlichen Konsultationen - seine Symptomatik in den Vordergrund stellt.

Ein komplexerer Zusammenhang zwischen existentiellen Krisenpunkten und Therapieentscheidung ist aus der Biographie des Patienten P. (Fall 2) erschließbar.¹

¹S. 51, 22jähriger Student mit phobischer Herzneurose

Wird die vorgeschlagene Interpretationsebene auf seinen Bericht bezogen, so fallen folgende Punkte deutlich auf:

1. Die ich-zentrierte Wahrnehmung registriert eine stabile Symptombildung, im sozialen Erleben dominiert das Empfinden der Isolation und der Einschränkung auf Selbsthilfe. Die beruflich-ökonomische Existenz erscheint zunehmend gefährdet bzw. ausgeschlossen.
2. Die soziale Vermittlung der Psychotherapie erfolgt auf dem Weg der forcierten Eigenhilfe durch Fachliteratur.

Aus dem Zusammenspiel dieser Faktoren entsteht die Entscheidung, eine Psychotherapie aufzusuchen, also insgesamt aus einem wesentlich differenzierteren Lebenszusammenhang als durch den medizinischen Bereich abgedeckt wird. Die gesamte Lebensgrundlage erscheint gefährdet - sowohl der organische Bereich als auch die beruflich/ökonomische Existenz und die Möglichkeit der Beziehungsaufnahme und -fähigkeit. Überschrieben als allgemeines Existenzrisiko läßt sich die Ausgangssituation im folgenden Diagramm zusammenfassen:

Einschränkung der
Erwerbstätigkeit

Verlust des Studien-
platzes

Negative berufliche
Auswirkung

Verlust der Be-
ziehungsfähig-
keit

Einschränkung der
Beziehungsfähig-
keit

Verschärfung
der körperlichen
Auswirkungen der
neurotischen
Erkrankung

Allgemeines Existenzrisiko

Gewichtet nach der subjektiven Einschätzung des Patienten ergibt sich die folgende Beurteilung:

Die Herzphobie bedeutet eine durchgängige Belastung, in akuten Angstsituationen zieht sie alle Energien auf sich. Die Isolation wird von Herrn P. als stärker bedrohlich empfunden, sie zerstört seine Zukunftsperspektive. Die ökonomisch/berufliche Perspektive wird als hoffnungslos beurteilt.

Während in diesem Fallbeispiel das Zusammenwirken von existentieller Krise und neuer "produktiver Kraft" nur in Ansätzen erkennbar ist, verdeutlicht der folgende Ausschnitt die Interpretierbarkeit beider Dimensionen.

Fallbeispiel 4

Die Patientin ist eine 27jährige Volksschullehrerin mit der klinischen Diagnose: Angstneurose mit begleitender psychovegetativer Symptomatik.

1. Beziehungspersonen

Die Patientin - Frau K. - ist das zweite Kind von insgesamt fünf Geschwistern. Sie stammt aus einer ehrgeizigen Handwerkerfamilie in einer ländlichen Kleinstadt. Die Eltern heirateten jung und lebten die ersten sechs Ehejahre mit den ältesten beiden Kindern bei den Großeltern (v). Der Vater - ein Nachzügler in der kinderreichen Familie der Großeltern - ist bis heute sehr elterngelassen. In seinem Gefühlsleben ist er relativ unstrukturiert, in extremer Abhängigkeit von Wärme und Anerkennung, die er kompensatorisch durch äußere Härte und rigides Beharren auf der Überlegenheit des Mannes bzw. des Familienvorstandes abwehrt. Die Mutter - als Flüchtling ein Fremdkörper innerhalb der Familie - fühlte sich stets außerordentlich stark abgewertet, von den Großeltern wurde sie ausgeschlossen, wodurch ihr eigentliches Problem, die wertmäßige Unterlegenheit der Frau intrapsychisch verschärft wurde. In ihrem manifesten Verhalten schwankte sie stets zwischen fügsamer Anpassung und verstärkter Feindseligkeit in ihrer Partnerbeziehung hin und her. Der ältere Bruder spielte bei der Patientin die wichtigste Rolle unter den Geschwistern. Als Kronprinz der Familie zog er besondere Aufmerksamkeit und Anerkennung des Vaters und der Großeltern auf sich, während die Patientin als "Verlängerung" der Mutter abgewertet wurde.

2. Entwicklung der Patientin

Wie bereits erwähnt, wurde Frau K. als zweites Kind nach einem ein Jahr älteren Bruder geboren. Aufgrund der Familienkonstellation bestand zwischen ihr und der Mutter eine überstarke symbiotische Beziehung, die sich in den verschiedenen Lebensabschnitten unterschiedlich aber gleichförmig rigide darstellte. Zunächst wurde die Nähe, die Wärme, die stetige Anwesenheit, "das immer für den anderen da sein" stark idealisiert, so daß Frau K. früh erlernte, "keinen Schritt ohne die Mutter zu tun". Der Vater und die Geschwister wurden von dieser Intimität abgegrenzt. Gegenüber anderen Personen, Spiel- und Schulkameraden entwickelte Frau K. von früh an überwiegend eine emotionale Distanz bzw. eine perfektionistische Überlegenheitsphantasie. "Meine Mutter und ich sind tüchtiger, klüger, besser ausgestattet als andere - insbesondere im Vergleich mit dem männlichen Geschlecht."

In ihrer Schullaufbahn war Frau K. eine mittelmäßige bis gute Schülerin, wenn es notwendig war, enorm fleißig, der Schule jedoch - gegenüber vielfältigen anderen Interessen - im allgemeinen abwertend und desinteressiert eingestellt. Den Lehrern begegnete sie frech und provokativ, bügelte Minuspunkte jedoch durch Tüchtigkeit wieder aus. Gleiches wiederholte sich im Studium. "Ihr könnt mich alle mal, ich brauche euch nicht", war die eine Seite ihrer perfektionistischen Abgrenzung, die andere - die sich allmählich entwickelte - war eine überstarke Hilfsbereitschaft gegenüber Mitstud-

ten, welche die Grenze zum "ausgenutzt werden" regelmäßig zu überschreiten drohte.

Innerhalb einer langjährigen Beziehung zu einem schwachen, egozentrischen und sich selbst beständig überfordernden Mitstudenten stellten sich erste Symptombildungen ein: Kopf- und Magenschmerzen, niedriger Blutdruck, Schwindelgefühle. Die Patientin konsultierte häufig ihren Hausarzt, wurde medikamentös betreut, jedoch auch direkt auf die Notwendigkeit einer Psychotherapie hingewiesen. Frau K. lehnte entrüstet ab: "So etwas, doch nicht für mich."

Als die Beziehung zu ihrem Freund abrupt von beiden Seiten abgebrochen wurde, lernte Frau K. einen erheblich älteren Arzt kennen, zu dem sie eine überwiegend anlehrende, symbiose-orientierte wechselseitige Mutter-Kind-Beziehung herstellte. In dieser Beziehung verschärfte sich - wesentlich unter der Auswirkung des Trennungserlebnisses zum ersten Freund - die Symptomatik der Patientin, hinzu kam eine kaum noch kontrollierbare Verlassensangst. Auch im Arbeitsbereich nahmen die Spannungen zu. Frau K. war zunächst durchweg erfolgreich in ihrer Selbstdarstellung, sie schloß u.a. ihr Lehrerstudium und alle anschließenden Prüfungen mit guten Beurteilungen ab. Unter Kollegen galt sie als schwierig und querulatorisch, da sie ewig kritisierte, abwertete, quälte oder eisige Ablehnung verbreitete. Höhepunkt dieser Provokationen war die Stellungnahme des Schulleiters und seines Vertreters: "Wenn Sie mit diesen schulorganisatorischen Dingen nicht einverstanden sind, werden wir uns dafür einsetzen, daß Sie aus dem Schuldienst ausscheiden."

3. Psychodynamische Hypothesen über die aktuelle neurotische Erkrankung

Die Psychodynamik der neurotischen Erkrankung liegt in einer ungelösten Fixierung an ein mütterliches Idealobjekt, die Frau K. die Phantasie einer absoluten Harmonie ermöglicht. Das infantile Bedürfnis nach konfliktfreier Verfügung über die Mutter bzw. spätere Ersatzpersonen läßt eine selbstständige, abgegrenzte Auseinandersetzung nur in Ansätzen zu. Die ursprüngliche Angst bzw. Depression gilt dem Trennungs- und Verlusterlebnis zur Mutterrepräsentanz, die in der zweiten Freundesbeziehung aktualisiert wird. Die zweite Dimension der Psychodynamik besteht darin, daß Frau K. - analog ihren kindlichen Erfahrungen - sich einerseits im Bündnis mit der Mutter den schwachen, eigentlich überflüssigen Männern überlegen fühlt (Vaterrepräsentanz), wodurch andererseits jedoch die Kompensation der ebenso von ihr empfundenen Minderwertigkeit als Frau erreicht werden muß.

Der Entscheidungsprozeß, eine Psychotherapie aufzusuchen, verlief nach dem Bericht der Patientin in folgenden Schritten: Zunächst bestand kein Zugang zu einer möglichen psychischen Verursachung der Symptome. Die Hinweise des Hausarztes waren ohne Bedeutung und wurden ausschließlich als Kränkung empfunden. Nach der Trennung der Beziehung zum ersten Freund und der Aufnahme einer symbiotisch fixierten Beziehung zum zweiten Partner verschärfte sich die Symptome. Das Behandlungsverfahren wurde durch Gespräche mit dem gut informierten

Freund vertrauter. Als Frau K. eines Abends beunruhigt von der o.g. Drohung des Schulleiters und seines Stellvertreters erzählte, fragte der Freund dringend an, ob es jetzt nicht wirklich Zeit sei, sich um eine Behandlung zu kümmern. Am nächsten Morgen bemühte sich Frau K. um Vorgespräche.

Die Entwicklung des Entscheidungsverhaltens kann - der subjektiven Verarbeitung der Patientin folgend - deutlich nachvollzogen werden. Der kritische Kulationspunkt integriert Erfahrungen einer erheblichen Existenverunsicherung und einer intensiven positiv bewertenden Vermittlung des Behandlungsverfahrens. Die zunächst graduell empfundene Labilisierung der Existenz - gekennzeichnet durch die zunehmende Verlassenheitsangst - wird entscheidend verstärkt durch die Erschütterung der beruflichen Identität. Erst zum Zeitpunkt dieser umfassenden Krise entwickelt Frau K. eine neue Strategie, um ihre Leidenssituation zu verändern.

Beide Modellfälle verdeutlichen, daß die Symptomatik im engeren Sinne nur einen Teilaspekt der insgesamt vom Patienten erlebten Problematik umfaßt. Seine Strategie, sich für eine psychotherapeutische Behandlung zu bewerben, dient der Bewältigung einer umfassenden existentiellen Verunsicherung. Hinzu kommt eine Art "Aufwind" oder Hoffnung, die das Therapieinteresse mitträgt. Sie wird im Fallbeispiel 2 vermittelt durch das anregende ERIKSON-Zitat, im Fallbeispiel 4 durch die positive Bewertung der neuen Partnerbeziehung. Dieser "produktive Anteil" der existentiellen Krise wird im folgenden Abschnitt näher untersucht.

3. Überlegungen zur "produktiven Krise" und ihren Folgeerscheinungen

Nach den letzten Ausführungen zur Therapieentscheidung muß zur existentiellen Krise ein schöpferisches, zumindestens bewegendes Element hinzukommen. Diese Dimension menschlichen Erlebens und Produzierens ist ein wesentlicher Schwerpunkt aller psychologischen Schulen, soweit sie sich mit Wahrnehmung, Denken, Kreativität und Genialität beschäftigen. Weit verbreitet ist dabei die Darstellung schöpferischer Krisen von hervorragenden Persönlichkeiten, überwiegend in Form phänomenaler Beschreibungen.

So berichtet z.B. ERIKSON über Freud und die Entdeckung der Psychoanalyse:

"Das also sind die Ausmaße der Krise, in deren Verlauf und durch die die Psychoanalyse geboren wurde. Es sind die Jahre, in denen Freud manchmal von seiner Verzweiflung sprach und zugab, an neurotischen Symptomen zu leiden, die phänomenologische Aspekte einer schöpferischen Krise verraten. Er litt an einer Eisenbahnangst und an akuten Ängsten vor einem frühen Tod - beides Symptome einer übermäßigen Besorgnis angesichts der allzuschnell verfließenden Zeit. Eisenbahnangst ist eigentlich eine umständliche Weise, das klinisch auszudrücken, was wir sonst einfach Reisefieber nennen - eine fieberhafte Kombination von freudiger Erregung und Angst. Aber mir scheint, daß beides, auf mehr als auf einer Ebene, für Freud bedeutete, er käme zu spät, er versäume den Zug, er ginge zugrunde, ehe er sein gelobtes Land erreicht habe. Wie sollte er zu Ende führen, was sein geistiges Auge im Umriß sah, wenn jeder einzelne Schritt so viel Arbeit, Zeit und Irrtümer mit sich bringt. Wie das häufig der Fall ist, führt eine derartige übermäßige Beschäftigung mit der Zeit zu ängstlichen Mißgefühlen, die sich auf das Herz, unser Metronom und Zeitmesser, konzentrieren" (ERIKSON 1971, S. 30).

Bei der Frage nach den kausalen Hintergründen produktiver Leistungen vertritt eine Vielzahl von Autoren verschiedenster wissenschaftlicher Orientierungen den Standpunkt, daß es keine logische, rational nachkonstruierbare Methode gibt, die erklären kann, wie etwas wirklich Neues geschaffen wird. Begriffe wie "irrrationales Moment" oder "schöpferische Intuition" stehen häufig im Zentrum dieser Untersuchungen (LIEBIG 1865, MACH 1906⁵, BERGSON 1908, EINSTEIN 1934 u.a.). Darüber hinaus liegen Theorien vor, die insbesondere die unbewußten endothyment Grundlagen menschlicher Produktivität in den Vordergrund stellen. Dazu zählen Arbeiten von JUNG 1917, 1957; FRANKL 1958, LANGE-EICHBAUM 1950, 1951, 1967⁶ u.a.

Mit einer kontrollierten Einengung des Untersuchungsgegenstandes arbeiten systematische experimentelle Studien über produktive Denkabläufe, die Gesetzmäßigkeiten in Wahrnehmungs-, Denk- und Lernprozessen zu differenzieren suchen. Die unterschiedlichen Ansätze und Zielvorstellungen reichen von der "Würzburger Schule" (z.B. BÜHLER und SELZ), der "Berliner Schule" (z.B. DUNCKER 1935, METZGER 1963³, WERTHEIMER 1964²) bis zur Verhaltenspsychologie (vgl. z.B. SKINNER u. CORRELL 1967, oder HILGARD u. BOWER 1970).

Gegenüber diesen normativen Modellen betonen Ansätze kognitiver Theorien, der Selbstkonzeptforschung und der biographischen Analyse ein sozialtheoretisches Bezugssystem, das einer "produktiven Kraft" oder einer "schöpferischen Krise" als Teilaspekt eines individuellen Selbstverständnisses verhaltensleitende Funktion zuerkennt. Insbesondere die biographische Analyse stellt in den Vordergrund, daß im Verlauf der Lebens-

geschichte verschiedene Stadien der Selbst- und Umweltwahrnehmung (vgl. S. 14-17) durchlaufen werden, woraus folgt, daß ein Individuum an der spezifischen Geschichte bestimmter sozialer Gruppen teilnimmt. Zu einem Zeitpunkt, der als Bedingungsgefüge verschiedener Dimensionen interpretierbar ist, wird aus einem psychisch Kranken ein Psychotherapieinteressierter, der sich in die typischen Abläufe psychotherapeutisch-psychosomatischer Versorgung eingliedert. In dieser komplexen Entscheidungssituation nimmt das produktive, schöpferische Element eine anteilige Dimension ein, deren Mitwirkung in allen bisher genannten Fallbeispielen angesprochen ist. Der jetzt folgende Interviewausschnitt gibt einige typische Schwerpunkte wieder:

Ich komme auf mein einleitendes Fallbeispiel (Herr S., 34 J., Studienrat) zurück¹. Erinnern möchte ich daran, daß ich Herrn S. fragte, wie lange die von ihm geschilderten Symptome bereits bestehen. Er antwortete: "Seit etwa 15 Jahren." Bei einer weiteren Nachfrage ging Herr S. spontan einige Stationen seiner Lebensgeschichte durch, war jedoch letztlich ratlos, was ihn eigentlich heute zur Psychotherapie führt und nicht zu irgendeinem anderen, in der Erinnerung durchaus möglichen Zeitpunkt. Herr S. setzte von sich aus seine Überlegungen fort. Er sprach Gefühle an, alles nicht alleine schaffen zu können, ständig in einem permanenten Erschöpfungszustand zu leben und keine Kontakte aufrecht erhalten zu können. Zwischendurch relativierte er wieder: "Es hat aber schon Zeiten gegeben - im Gegensatz zu heute - da ist mir alles so schwer geworden, daß ich nur noch sitzen und weinen konnte. Es nahm da gar kein Ende mit diesen depressiven Phasen, sie wurden länger und stärker."

¹Die ausschnittweisen Wiederholungen der einzelnen Fallbeispiele dienen jeweils der Herstellung des Interpretationszusammenhanges.

Die Ratlosigkeit von Herrn S. hielt an. Ich erkundigte mich daraufhin - relativ ungerichtet - nach seiner beruflichen Entwicklung. Herr S. berichtete zunächst von seiner Bundeswehrzeit bei der Luftwaffe, von Gefühlen der Angst, des körperlichen Unbehagens, der Empörung über Abhängigkeiten ("Man wird vergewaltigt, man hat überhaupt keinen Einfluß"). Ähnliche Gefühle habe es während des Studiums (gegenüber Hochschullehrern) auch gegeben, später dann in der Schule, insbesondere bei älteren Kollegen und Vorgesetzten. Herr S.: "Ich sage nicht meine Meinung, ich finde sowieso nicht den richtigen Ton, ich habe große Angst, jemanden zu verletzen."

Zum szenischen Verständnis kann ich an diesem Punkt hinzufügen, daß Herr S. nach dem Aussprechen seiner Angst, jemanden zu verletzen, wie nebenbei sagte, daß er nicht bequem sitze und daß das an dem Stuhl "für Patienten" liege. Ich bemerkte bei mir, daß ich augenblicklich körperlich angespannt reagierte und verbuchte dies als körperliche Verteidigungsaktion auf einen latenten massiven aggressiven Angriff. Meine Körperreaktion schien außerdem die Abwehrform des Patienten wiederzuspiegeln.

Während der nächsten ca. 15 Minuten beschäftigten wir uns mit der Frage des "Nichtverletzenkönnens" und die lebensgeschichtlichen Hintergründe. Ich möchte darauf nicht näher eingehen, um meinen Zusammenhang nicht zu sehr zu lockern.

Ich fragte Herrn S. dann - wiederum absichtlich ungerichtet - nach näheren Beziehungen früher und heute. Er antwortete kurz und abweisend: "Drei Beziehungen haben eine Rolle gespielt, alle sind in die Brüche gegangen, ich weiß nicht, aus welchen Gründen, fragen Sie mich nicht, damit bin ich total überfordert." Ich fragte trotzdem nach, es ließ sich gemeinsam thematisieren, daß die zerbrochenen Beziehungen etwas mit nicht geführten Auseinandersetzungen zu tun haben.

Ich versuchte dann die aktuellen Beziehungen weiter zu thematisieren, indem ich Herrn S. darauf hinwies, daß ich im Unklaren sei, ob er heute allein oder in einer Partnerschaft lebe. Für mein Gefühl "widerwillig-trotzig" berichtete Herr S., daß er eine neue seit zwei Jahren bestehende Beziehung zu einer Frau habe, an der er stärker hängen würde als an den früheren Beziehungen. Fast ein wenig schwärmerisch berichtete er über Eigenschaften dieser Frau, ihre Wärme, ihre Zuverlässigkeit, wie wichtig ihm selbst diese Zweisamkeit sei. Herr S.: "Seitdem M. in Bremen ist, geht es mir besser." Etwas verdutzt fragte ich, wo sie denn vorher gewesen sei und erfuhr, daß M. im Juli 1978 - aus Süddeutschland kommend - zu Herrn S. nach Bremen gezogen sei. Ungefähr drei Wochen später hatte Herr S. sich zu Vorgesprächen angemeldet. Als ich auf diesen möglichen Zusammenhang hinwies, sagte Herr S.: "Eigentlich ist mir das ja ganz klar, daß ich unheimlich Angst habe, daß auch diese Beziehung wieder kaputt geht."

Ich erkundigte mich, ob seine Freundin von diesen seinen starken Ängsten wisse. Herr S. verneinte, ich versuchte daraufhin die Gründe für seine Abgrenzung zu

thematisieren, was wiederum Herrn S. erstmalig veranlaßte, über intime Gefühle und Ängste mit seiner Freundin zu sprechen.

Der Verlauf insgesamt verdeutlicht, daß gemeinsame Überlegungen zur Therapieentscheidung nicht sofort gegenwärtige, aber relativ bewußtseinsnahe Zusammenhänge eröffnen. Nach der jetzt aktuellen Einschätzung des Patienten wird er nicht in erster Linie durch seine Krankheit oder durch eine Verschlechterung seines Befindens zum Therapieinteresse veranlaßt, sondern - nimmt man diesen Ausschnitt - durch das Erlebnis einer ihn existentiell bedrohenden Angst (Verlust der Beziehung) und einer gleichzeitigen positiven Wertzuschreibung oder Hoffnung (Aufrechterhaltung der Beziehung).

Aus einer späteren Therapiesitzung kommt noch eine weitere Information hinzu. Herr S. hatte von einem Kollegen erfahren, daß dieser einen Jugendlichen - in Gesprächen mit ihm und seinen Eltern - intensiv in der Zuführung zu einer analytischen Psychotherapie unterstützte. Ohne über sich selbst zu sprechen, hatte Herr S. sich daraufhin eine Reihe von Informationen eingeholt.

Bei dem Versuch einer vorläufigen Typisierung der bisher dargestellten Vorgänge fällt besonders auf, daß der "Zustand" zu Anfang psychischer Erkrankungen und offensichtlich auch in weiteren Verlaufsstadien sich in keiner Weise deckt mit der Lebenssituation des Patienten beim Anmelden seines Therapieinteresses. Während zunächst ein Gefühl der Ratlosigkeit bzw. Hoffnungslosigkeit zu dominieren scheint, ist zum

Zeitpunkt der Therapieentscheidung etwas wie Zukunftsinteresse und aktive Planung interpretierbar. Der Erarbeitung dieses grundsätzlichen Unterschiedes dient der jetzt folgende Abschnitt.

4. Typische Unterschiede zwischen der Lebenssituation zu Beginn der Erkrankung und zum Zeitpunkt der Psychotherapieentscheidung

Die aktuelle neurotische Erkrankung hat nach psychoanalytischer Auffassung wesentliche lebensgeschichtlich frühe Fixierungen. Das Kind durchläuft in den ersten Lebensjahren einen intensiven Entwicklungsprozeß, der bestimmt wird von der Bedürfnisregulierung zwischen den beteiligten Beziehungspersonen. Aus diesen Interaktionen bilden sich u.a. Muster von Gefühls-einstellungen und intrapsychischen Verarbeitungsprozessen, die mit dem Ziel der Angstregulierung bzw. -vermeidung aufgebaut werden. (Kommt es z.B. im Stadium der Autonomieentwicklung zu einer übermäßig machtorientierten Durchsetzung der Eltern, kann die Basis für eine besonders aggressive Überich-Differenzierung gebildet sein). Die in der Latenz vorhandenen Strukturmuster können in spezifischen Lebenssituationen mobilisiert werden und die bisher bestehende innere Balance entscheidend stören. Dabei wird die Möglichkeit der neurotischen Erkrankung als ein Konfliktlösungsversuch aufgefaßt, der zu einer partiellen Spannungserleichterung führt. Unter dieser Perspektive ist es folgerichtig, daß die Lebenssituation zu Beginn einer neurotischen Erkrankung im allgemeinen bereits durch die Brille eines Zusammenhanges zwischen "auslösender Konfliktsituation" und infantilen Vorläufern gesehen wird. Als klassische Konfliktkonstellation gilt z.B. FREUDs Darstellung des Rattenmannes:

"Auf die Krankheitsveranlassung bei unserem Patienten muß ich aber nun ausführlicher eingehen. Seine Mutter war als entfernte Verwandte in einer reichen Familie aufgezogen worden, die ein großes industrielles Unternehmen betrieb. Sein Vater trat gleichzeitig mit der Heirat in den Dienst dieses Unternehmens und gelangte so eigentlich infolge seiner Ehewahl zu ziemlichem Wohlstand. Durch Neckereien zwischen den in vortrefflicher Ehe lebenden Eltern hatte der Sohn erfahren, daß der Vater einem hübschen armen Mädchen aus bescheidener Familie den Hof gemacht hatte, eine Zeitlang bevor er die Mutter kennenlernte. Dies ist die Vorgeschichte. Nach dem Tode des Vaters teilte die Mutter eines Tages dem Sohn mit, es sei zwischen ihr und ihren reichen Verwandten die Rede von seiner Zukunft gewesen, und einer der Vettern habe seine Bereitwilligkeit ausgedrückt, ihm eine seiner Töchter zu geben, wenn er sein Studium beendet habe; die geschäftliche Verbindung mit der Firma werde ihm dann auch in seinem Berufe glänzende Aussichten eröffnen. Dieser Plan der Familie entzündete in ihm den Konflikt, ob er seiner armen Geliebten treu bleiben oder in die Fußstapfen des Vaters treten und das schöne, reiche vornehme Mädchen, das ihm bestimmt worden war, zur Frau nehmen solle. Und diesen Konflikt, der eigentlich ein solcher zwischen seiner Liebe und dem fortwirkenden Willen des Vaters war, löste er durch Erkrankung, richtiger gesagt: Er entzog sich durch die Erkrankung der Aufgabe, ihn in der Realität zu lösen" (FREUD 1910, S. 419 f).

Im Rahmen dieses spezifisch psychoanalytischen Neuroseverständnisses liefern bereits die meisten FREUDschen Krankengeschichten eine Reihe von Randinformationen zu den allgemeinen Lebensumständen zum Zeitpunkt der Erkrankung, so z.B. bei Fräulein Elisabeth v.R.:

"Im Herbst 1882 forderte ein befreundeter Kollege mich auf, eine junge Dame zu untersuchen, die seit länger als zwei Jahren an Schmerzen in den Beinen leide und schlecht gehe. Er fügte der Einladung bei, daß er den Fall für eine Hysterie halte, wenngleich von den gewöhnlichen Zeichen der Neurose nichts zu finden sei.

¹ Heute liegen für einzelne Krankheitsbilder eine Reihe von strukturierten Erfahrungen über die Zusammenhänge von auslösenden Konfliktsituationen und neurotischen Erkrankungen vor (siehe z.B. OVERBECK u. OVERBECK 1978).

Er kenne die Familie ein wenig und wisse, daß die letzten Jahre derselben viel Unglück und wenig Erfreuliches gebracht hätten. Zuerst sei der Vater der Patientin gestorben, dann habe sich die Mutter einer ernsten Operation an den Augen unterziehen müssen und bald darauf sei eine verheiratete Schwester der Kranken nach der Entbindung einem alten Herzleiden erlegen. An allem Kummer und aller Krankenpflege habe unsere Patientin den größten Anteil gehabt" (FREUD 1895, S. 196).

Den Zustand der Patientin beschreibt FREUD als grollend, erbittert und ohne Perspektive (a.a.O., S. 206). Verschiedene andere Krankengeschichten geben ähnliche Darstellungen über die Lebenssituation bei Krankheitsbeginn (vgl. FREUDs Kommentar zu Anna O. oder zu Dr. Schreber¹, siehe ERIKSON²). Auch ENGEL und SCHMALE (1969) formulieren nach 25 Jahren genauer Untersuchung den Zustand am Anfang schwerer Erkrankungen als den des giving-up und given-up. Gemeint ist eine absolute Hoffnungslosigkeit mit einer damit verbundenen Unfähigkeit, die Hilfe anderer anzunehmen. Diese Ebene der Ausweglosigkeit bleibt auch zum Zeitpunkt der Therapieentscheidung ein entscheidender Schwerpunkt in der Verständigung zwischen Patient und Therapeut, da hier die Auswirkung des Wiederholungszwanges - die Dominanz der festgefahrenen biographischen Fixierung - angesprochen ist. Zur ersten Kennzeichnung ziehe ich ein stark verkürztes Fallbeispiel heran:

Die Patientin Frau C. klagt über Ängste, depressive Verstimmungen, Beziehungsstörungen. "Ich brauche eine feste Beziehung, die mir Sicherheit gibt, von dieser kann ich dann ausgehen, andere sexuelle oder zärtliche Beziehungen suchen, darin liegt meine Freiheit. Es kommt dann immer wieder zu Trennungen, wiederholt sich nur mit neuen Partnern, genauso wie die Angstzustände. Angefangen hat das alles vor ungefähr zehn Jahren, nach meiner Trennung von den Eltern und der überstürzten Heirat."

¹FREUD 1910, S. 5 u. FREUD 1911, S. 243

²ERIKSON z.B. 1971, S. 39-69 oder S. 70-94

Ausgehend von dieser Symptomschilderung und den spezifischen Dimensionen des psychoanalytischen Krankheitskonzeptes untersucht der Therapeut die Fixierung der Interaktionsmuster, die er unter lebensgeschichtlicher Perspektive z.B. objektbeziehungstheoretisch als Störung der Entwicklung zur Objektkonstanz auffaßt. Diese biographische Fixierung kann von der Patientin nicht gelöst werden, eröffnet jedoch die Möglichkeit einer psychoanalytischen Therapie, die das fixierte Interaktionsmuster einer Wiederholung auf Übertragungs-Gegenübertragungsebene und somit einer reflektierenden Betrachtung zuführt.

Hinsichtlich weiterer Kriterien der Indikationsstellung steht hier gewichtet und begrenzt im Vordergrund, daß zum Zeitpunkt der Therapieentscheidung neben der Dimension der "Ausweglosigkeit" eine neue Dimension der "Hoffnung" ausdeutbar wird, die ganz entscheidende Bedeutung für die Aufnahme der Therapie haben kann. Für die Einarbeitung dieser Dimension bieten sich die bisher vorgestellten Konzepte an, durch die die Differenzierung der individuellen Selbst- und Umweltwahrnehmung entscheidend ergänzt wird. Weitere Anregungen geben insbesondere Autoren außerhalb der Psychoanalyse, die zielgerichtet Lernprozesse der Krisenverarbeitung untersuchen. Im Vordergrund stehen dabei die psychischen Mechanismen und Orientierungen, die ein Mensch verwendet, entwickelt und verändert, wenn er Krankheiten und Krisen durchleben muß. Nach diesen Interpretationen erscheint es sinnvoll, Phasen der Krisenverarbeitung voneinander abzugrenzen, die wiederum zu Konsequenzen für eine prozeßbegleitende Beratung führen (SCHUCHARDT 1980). In der Konzeption einer mehrstufigen Verarbeitung von Krise und Krankheit (vgl. S. 14) liegt die Anregung

für die Ausgangssituation einer analytischen Psychotherapie, den bisherigen Lernprozeß zu reflektieren und herauszufinden, an welchen Kooperationsinteressen der Patient sich orientiert bzw. welche Verarbeitungsstadien ihn von einer therapeutischen Unterstützung fernhalten. In der Zusammenfassung der bisherigen Erfahrungen ist ein entscheidendes Moment der Selbststeuerung des Patienten, daß - im Gegensatz zur Lebenssituation bei Krankheitsbeginn - zum Zeitpunkt der Therapieentscheidung kein durchgängiges existentielles Vakuum wahrzunehmen ist. Eher erschließbar scheint eine aktuell stark ausgeprägte Sinnorientierung bzw. Hoffnung oder anders ausgedrückt, ein verstärktes Bemühen, ein (reales oder ideales) Gefühl der Kohärenz des Selbst oder des Lebenszusammenhanges sicherzustellen. Einige Aspekte dieses intentionalen Grundgefühls werden u.a. von ERIKSON entwickelt:

"Die Hoffnung ist sowohl die früheste wie die unentbehrlichste Tugend, die im Zustand des Lebendigseins inhärent ist. Andere haben diese tiefste Qualität als Zuversicht bezeichnet, und ich selbst sprach von Vertrauen als der frühesten positiven psychosozialen Haltung, aber wenn das Leben erhalten werden soll, muß die Hoffnung bleiben, selbst wo die Zuversicht verwundet, das Vertrauen gestört ist. Ärzte wissen, daß ein Erwachsener, der alle Hoffnung verloren hat, in ein so lebloses Stadium regrediert, wie ein lebender Organismus das noch eben ertragen kann" (ERIKSON 1971, S. 99 f).¹

¹Später folgt eine verkürzte Formulierung: "Hoffnung ist der fortwährende Glaube an die Erfüllbarkeit leidenschaftlicher Wünsche, trotz der dunklen Dränge und Wutgefühle, die den Anfang des Daseins bezeichnen" (ERIKSON 1971, S. 101 f).

Gelingt es Patient und Therapeut, sich auf diese psychosoziale Grundhaltung des Patienten zu beziehen, dann erscheint eine Basis für eine kooperative Zusammenarbeit zunächst möglich zu sein. Jede hier weiter entwickelte Typisierung verweist auf die Wirksamkeit dieser produktiven Kraft in Verbindung zur Therapieentscheidung, die an bestimmte Stadien der Krisenverarbeitung gebunden ist. Das folgende Fallbeispiel faßt die Dimensionen dieser Entscheidung zusammen, die sich von der symptomzentrierten Erkrankung und ihren biographischen Fixierungen entfernen und die bereits dargestellten psychosozialen Grundgefühle in den Mittelpunkt rücken.

Fallbeispiel 5

Der Patient - Herr W. - ist 34 Jahre alt, verheiratet, Vater eines achtjährigen Jungen, im Beruf erfolgreicher Kaufmann. Der erste Eindruck ist der eines äußerlich angenehmen und anziehenden Mannes, der allerdings sofort deutliche kühl-geschäftsmäßige Distanz und Leistungsbezogenheit verbreitet. In einem zweiten Eindruck fallen zwei feine Nuancierungen in seinem Verhalten auf, die Andeutung einer untertänigen Anlehnung im Wechsel zu einer sich isolierenden Überlegenheit, beide Seiten überwiegend eingebettet in ein hohes Maß an Eigenbezogenheit und Isolierung. In dieser Weise skizziert er kurz sein Anliegen, wobei im Mittelpunkt psychovegetative Symptome stehen - Bluthochdruck, Kopfschmerzen, Herzschmerzen und zeitweise Schlafstörungen. Er erzählt sachlich, intentional ungerichtet, erzeugt so bei mir keine deutliche Resonanz, eher eine beschreibend-kategorisierende Wahrnehmungsverarbeitung. Im weiteren Verlauf entwickeln

sich bei mir zunehmend defensive Gefühle, die mir erstmalig deutlich nach meiner fast teilnahmslosen Reaktion auffallen, als der Patient erzählt, daß er zwei längere Analysen von 350 bzw. 400 Sitzungen abgeschlossen habe. "Beide Behandlungen sind eine gute Unterstützung für mich gewesen, obwohl ich mich manchmal etwas wundere, daß ich bis auf ein paar Einzelheiten sehr wenig behalten habe." Wieder fällt mir auf, daß ich mich wenig angesprochen fühle, vermissemis auch eine Art von neugierigem Interesse, was wohl in den Analysen mit den beiden Kollegen abgelaufen sei. Herr W. berichtet weiter: "Meinen ersten Anfall von Herzrasen und Panikangst erinnere ich genau. Ich war zwanzig Jahre alt, im zweiten Semester Student der Volkswirtschaft, eigentlich erstmalig überwiegend allein in einer fremden Stadt. Zwei Freunde wohnte in der Nähe, vielleicht zehn Minuten von meinem Zimmer entfernt. Eines Nachmittags wußte ich überhaupt nichts mit mir anzufangen, ich bin dann zu diesen Freunden gegangen, aber dort machte keiner auf. Ich habe etwas gewartet und dann ging es los. Ich bin sofort in die nächste Arztpraxis - zu Dr. A. - gerannt. Hatte sehr hohen Blutdruck, bekam eine Spritze und habe mich dann relativ schnell beruhigt. In den nächsten Wochen wurde ich mehrfach gründlich untersucht und mußte Beruhigungsmittel nehmen."

In Erinnerung an die von Herrn W. angesprochenen Gedächtnislücken weise ich darauf hin, daß diese Situation vor fünfzehn Jahren ihm sehr vor Augen stehe. Herr W. bestätigt und ergänzt, daß er aber z.B. keine sichere Vorstellung darüber habe, wie eigentlich diese erste Symptomatik in seiner Analyse bearbeitet worden sei. Herr W. fährt fort: "Wenn ich zwischendurch mal

an meine Analyse denke, dann fallen mir eigentlich mehr die Dinge am Rande ein. Mein erster Analytiker war ein sanfter älterer Herr von fast siebzig Jahren. Ich weiß noch genau, daß ich mich auf die Couch legte, dann kam die große Leere, ich konnte nichts sagen. Nach einigen Stunden hat mein Analytiker hin und wieder zu erzählen begonnen, über die Universität, über Bücher, die er gelesen hatte, über Reisen usw. Allmählich ging es mir besser und ich konnte dann auch etwas sprechen. Meine wenigen Gedanken hat Herr B. ganz genau mitgeschrieben, dabei ist ihm ein Malheur passiert. Beim Aufschreiben hat er wohl durch eine ruckartige Bewegung die Schreibtischuhr umgeschmissen, ich weiß noch, daß ich sehr erschrocken war. Aber wie wir das bearbeitet haben, ist mir verlorengegangen."

Beide Erinnerungen von Herrn W. sind hinsichtlich ihrer psychoanalytischen Einschätzung gut übersehbar. Die symptomauslösende Situation entspricht dem üblichen Interpretationsmuster sogenannter herzneurotischer Erkrankungen (HAHN 1965, RICHTER und BECKMANN 1969, Literaturübersicht bei TUSCHY 1972, narzißtische und objektbeziehungstheoretische Verstehensmöglichkeiten bieten sich an). Die Gedächtnislücke des Patienten ist besonders auffällig, da vermutlich dieser erste Angstanfall eine wesentliche Rolle in seiner Analyse mit Herrn B. gespielt hat. Stattdessen fällt dem Patienten eine Szene "am Rande" ein. Im Sinne einer Steuerung des Analyseprozesses hat der Therapeut offensichtlich versucht, zunächst eine Objektbeziehung herzustellen, bevor eine Bearbeitung unbewußter Inhalte mehr in den Mittelpunkt rückte.

Herr W. erinnert drei weitere Ereignisse aus seiner zweiten Analyse, die er im Alter von 27 Jahren mit Herrn D. begonnen hatte:

"Als ich von meinem Erschrecken wegen der umgeworfenen Schreibtischuhr gesprochen habe, fiel mir noch ein, daß mein zweiter Analytiker - auch ein ausgesprochen freundlicher und einfühlsamer Mann - zu Beginn einer Therapiestunde mit seiner Frau telefonierte und über irgendwelche Terminschwierigkeiten schimpfte, die Kollegen ihm eingebrockt hatten. Ich war ziemlich irritiert, natürlich hatte das was mit seinen und meinen Aggressionen zu tun.

Ein einziges Mal habe ich Herrn D. außerhalb der Analyse getroffen, auf dem Flugplatz. Meine Frau und das kleine Kind haben mich dort wegen einer längeren Geschäftsreise verabschiedet. Auf einmal stand er neben mir, er begrüßte meine Frau und mich höflich, unseren Sohn beachtete er nicht. Das hat mich ja so verletzt, rational ist das völlig absurd, aber das Gefühl ist heute noch da.

Einmal war Herr D. mittelschwer erkrankt und auf Umwegen, über meine Sekretärin, erreichte mich die etwas verschlüsselte Nachricht, daß die nächsten Termine ausfallen mußten. Ich bin natürlich zum ersten abgesagten Termin hingefahren, stand dann vor der verschlossenen Tür, an der ein Zettel "Praxis geschlossen" hing und merkte überhaupt nichts."

Heute kommen mir diese auch psychoanalytisch interessanten Interaktionsausschnitte emotional bewegender vor als zum Zeitpunkt der Vorgespräche. Die defensiven Ge-

fühle hielten jedenfalls an, daneben dominierten die üblichen Interpretationsmuster aus den therapeutischen Erfahrungen mit "frühgestörten" Patienten, die sich mit "primitiver Idealisierung", "Entwertung", "Durchbrechen des Reizschutzes" oder "angstvolles Erleben des Fallengelassenwerdens aus der narzißtischen Homöostase" überschreiben lassen. Meine Gegenübertragungsreaktionen - in ihrer durchgängig gebremsten und diffus defensiven Form - lassen sich intellektuell auf verschiedenen Ebenen fassen, z.B. als konkordante oder komplementäre Identifikation mit dem Patienten bzw. seinen latent hochgespannten Affekten.

"Bei der Übertragung narzißtischer Persönlichkeiten dient der größte Teil der narzißtischen Widerstände dazu, die Existenz des Analytikers als unabhängiges, autonomes menschliches Wesen zu verleugnen, aber ohne die gleichzeitige Verschmelzung in der Übertragung, wie man sie bei tiefer regredierte Patienten beobachten kann. Man hat vielmehr den Eindruck, als ob der Analytiker monate- oder jahrelang in einer Art "Satellitenexistenz" geduldet wird, begleitet von häufigen Rollenwechsel in der Arzt-Patient-Beziehung ohne grundlegende Änderung der gesamten Übertragungskonstellation. Sein Größen-Selbst ermöglicht es ihm, zu verleugnen, daß er vom Analytiker abhängig ist... Wenn diese Abwehrkonstellation durchgearbeitet werden konnte, zeigte sich in der Regel jedoch, daß die Abhängigkeit vom Analytiker nicht deswegen verleugnet wurde, weil der Patient keine internalisierten Objekte oder mangelnde Fähigkeit zur Objektbesetzung hat, sondern daß sie seine rigide Abwehr gegen primitive pathologische Objektbeziehungen darstellt, die um narzißtische Wut und Neid zentriert sind, um Furcht und Schuld wegen dieser Wut bei gleichzeitig verzweifelter Sehnsucht nach einer liebevollen Beziehung, die nicht vom Haß zerstört werden muß" (KERNBERG 1975, S. 893 f).

Hinsichtlich konkreter therapeutischer Entscheidungen erschienen mir diese Überlegungen unvollständig, da ich weiterhin defensiv bis unentschlossen reagierte, ob

ich diesen Patienten in Therapie nehmen konnte und wollte, Gefühle positiver subjektiver Indikation, wie sie z.B. bei DANTLGRABER (siehe S. 136 - 142) dargestellt werden, waren von mir nicht überzeugend wahrnehmbar. Da - zu diesem Zeitpunkt bereits seit Jahren - mein Interesse auch den Krisenverarbeitungsprozessen von Psychotherapiepatienten galt, insbesondere dem Kulminationspunkt einer Entscheidung aus biographischer Perspektive, bat ich Herrn W. über seine Erfahrungen im Umgang mit seiner Erkrankung zu erzählen. Herr W. berichtete ausführlich von seiner Hauptanlaufstelle - Dr. A. - der ihn mit Beruhigungsmitteln versorgte, konsiliarisch einen Kollegen beteiligte und gründliche Untersuchungen in größeren Abständen in der Universitätsklinik veranlaßte. Die anschließende Frage nach den ersten Kontakten zur Psychotherapie führte zu folgender Konstellation:

"Im fünften Semester habe ich die Vorprüfung mit sehr guten Noten abgelegt, aber ich hatte sehr viel Angst in meiner Arbeitsgruppe und war so paranoid-angespannt bei den Prüfungen. Völlig überrascht war ich, als ein Hochschullehrer mir eine Hilfsassistentenposition anbot. Da wurde mir deutlich, daß ich ja eigentlich nirgends arbeiten kann, vielleicht gerade das Diplom schaffe, aber dann bin ich weg vom Fenster. Der Hochschullehrer hat mich aber auch ermutigt, ich träumte von einer glänzenden Zukunft. Und dann dazu meine jämmerliche Realität. Ich begann Bekannte vom Psychologischen Institut auszuhorchen, Branchenverzeichnisse zu lesen, psychologische Literatur durchzusuchen. Über einen Analysepatienten kam ich dann auf Dr. B."

In dieser Zusammenfassung sind die in der Arbeit dargestellten Dimensionen der Patientenentscheidung enthalten:

- a) die subjektive Existenzbelastung als Wahrnehmung einer Gefährdung des Lebenszusammenhanges, die weitergehende Aspekte als die Krankheit selbst umfaßt;
- b) die produktive Krise, wahrgenommen als Hoffnungspotential für eine erfolgreiche Zukunft und
- c) die Vermittlung des Behandlungsverfahrens über eine schrittweise Vertrautheitszunahme durch Literatur und Analysekundige.

Diese Selbstwahrnehmung des Patienten ermutigte mich, nach dem weiteren Verlauf seiner Krisenverarbeitung zu fragen. Der Beginn der zweiten Analyse stand unter einer ähnlichen Konstellation, Herr W. hatte sein Studium abgeschlossen und träumte von einer vielleicht glänzenden Karriere. Sein aktuelles drittes Psychoanalyseinteresse ließ sich als Zusammenspiel zweier Dimensionen fassen. Die existentielle Krise und das aktuelle Hoffnungspotential wurde verstehbar als zunehmende Konkurrenz am Arbeitsplatz und der wohl einmaligen Chance, endgültig das mittlere Management zu verlassen.

Gegenüber dieser selbstkonzeptorientierten Analyse wird die aktuell ausweglos fixierte Leidenssituation des Patienten erneut interpretierbar nach den gewohnten psychoanalytischen Mustern, z.B. anschließend an die folgende Problemschilderung des Patienten:

"Ich hatte ja einen immer etwas erhöhten Blutdruck, der natürlich auch bei einer der üblichen Routineuntersuchungen wieder auffiel. Der Internist empfahl eine

niedrig dosierte Behandlung mit Beta-Blockern, betonte, das sei nicht ungewöhnlich, er selber nehme in Stressituationen auch welche, das sei ein guter Schutz. Ich habe die nun auch geschluckt, regelmäßig morgens eine Tablette, der Blutdruck ging auch etwas runter. Monate später habe ich einen kritischen Artikel über Beta-blocker gelesen und die Tabletten dann abgesetzt. Ich war aber nicht in der Lage, mit meinem Arzt darüber zu sprechen, aus meiner Analyse weiß ich ungefähr warum, aber ich kann es nicht, wenn es irgend geht, dann drücke ich mich. Ich weiß ja auch, was er sagen wird. Aber seitdem habe ich an Sicherheit verloren, die innere Unruhe hat zugenommen."

In diesem Interaktionsausschnitt kennzeichnet der Patient das Medikament als magisch erlebtes Kontaktsymbol, das ihm partielle Angstmilderung und Selbstberuhigung vermittelt. Damit verdeutlicht er - wie auch die früheren Ausschnitte illustrieren - seine Defizite in der Entwicklung zur "Objektkonstanz" (siehe S. 66 f), die gleichzeitig eine Fixierung pathologischer Interaktionsformen und Symptombildungen darstellen. Auch in meiner Gegenübertragung bestätigt sich die partielle Ausweglosigkeit der noch nicht ausreichend gelösten biographischen Fixierung. Hier überwiegt eine diffuse, defensive Einstellung, die sich "szenisch" fassen läßt als abgewehrte Angst, mit den regressiv-chaotischen Gefühlsanteilen des Patienten in Berührung zu kommen. Die Überlegungen zum Bedingungsgefüge der Patientenentscheidung wirken hingegen als deutlich belebendes Moment. Herr W. ist überrascht und erleichtert über die gut zugänglichen Parallelitäten, der Therapeut nicht weniger, da die Gefahr des diffusen beziehungslos-Versinkens zunächst unterbrochen wird. Getragen von

dieser einverständlichen Orientierung mobilisieren sich die Ich-Leistungen des Patienten, seine partielle Identität hinsichtlich seiner Entscheidung weiter auszuarbeiten (Größenselbst, phallisches Rivalisieren). Für die positive Indikationsstellung ist schließlich entscheidend, daß eine Verständigung über die ausweglose pathologische Fixierung eintritt, gleichzeitig aber eine partielle produktive Kraft für Patient und Therapeut erlebbar wird. Die Beachtung beider Dimensionen hat hier entscheidenden Anteil beim Zustandekommen der Analyse überhaupt und führt darüber hinaus zu wichtigen Hinweisen zur Initialphase der Therapie.

Das folgende Fallbeispiel 6 verdeutlicht einen Kulminationspunkt der Therapieentscheidung, der nach den hier eingeführten Dimensionen interpretierbar ist, allerdings eine spezifische Aufspaltung zwischen der szenisch darstellbaren biographischen Fixierung und dem Leidensdruck des Patienten erkennbar macht.

Fallbeispiel 6

Es handelt sich um einen 35jährigen Architekten - Herrn M. Dieser eröffnet - kaum daß wir uns gesetzt haben - das Gespräch mit folgenden Sätzen: "Es geht schlicht und ergreifend darum, daß ich eine ejaculatio praecox habe. Meine Frau lehnt jeden sexuellen Verkehr ab, sie ist sexuell voll interesselos - jedenfalls bei mir. Sexuelle Beziehungen hat sie immer bei anderen gesucht." Spontan, vertraulich, sprunghaft sprudelt er wichtige Erinnerungen, Konstellationen, Zukunftspläne vor sich her, ohne daß er sich

eigentlich direkt an mich wendet. Ich erfahre von einer siebenjährigen Tochter, an der er sehr hängt, ebenso sehr am Familienleben, überwiegend auch an seiner Frau, er berichtet über Zukunftspläne, denen er gerne entgegensieht und die ihn beruflich noch mehr bestätigen werden. "Alles würde gut laufen, wenn nur diese ejaculatio praecox nicht wäre." Er sagt auch dies für mich ungerichtet, ohne Aufforderung an mich, nicht einmal signalisierend, daß er Rückfragen erwartet.

Dieser Ablauf kann nach üblichen psychoanalytischen Interpretationsmustern - wie z.B. in der folgenden Zusammenfassung von ERIKSON - verarbeitet werden:

"Zahlreiche Neurosekranken bleiben, zonal betrachtet, dem genitalen Niveau verhaftet, lassen jedoch im Modus ihres Sexualverhaltens und in den Modalitäten ihrer Objektbeziehungen deutlich prägenitale Züge erkennen. Das wird besonders deutlich bei diversen Störungen der genital sexuellen Potenz - der Ejaculatio praecox oder der Ejaculatio retardata beispielsweise - wo retentive bzw. passiv-eliminative Organmodi, deren Vorherrschaft auf prägenitalen Entwicklungsstufen angemessen ist, auch die Funktion der genitalen Zone dominieren. Im Tiefsten würden neurotische Menschen lieber einverleiben und festhalten, eliminieren und sich eindringen, anstatt die Wechselseitigkeit der genitalen Beziehungsform zu genießen. Viele andere würden lieber unterwerfen oder unterworfen werden, zerstören oder zerstört werden, als in reifer Form zu lieben und das oft, ohne in irgendeinem klassifizierbaren, diagnostizierbaren oder heilbaren Sinn neurotisch zu sein" (ERIKSON zit. n. LOCH 1983⁴, S. 136 f).

Als Herr M. von früheren Beziehungen berichtet, frage ich ihn nach dem Verlauf bzw. den Veränderungen seiner "ejaculatio praecox". Nach seinen Angaben sei diese stets unverändert gewesen, auch während der etwa

zehnjährigen Ehe mit seiner Frau. Ich frage nach, was in diesen zehn Jahren zumindestens anders geworden sei, was sich verändert habe und ihn jetzt bewege, an eine Psychotherapie zu denken. Herr M. antwortet prompt: Dafür gibt es zwei Gründe. Meine Frau und ich haben vor kurzem ausführlich mit meiner Schwester, die eine solche Therapie gemacht hat, gesprochen. Die hat sich ganz positiv geäußert, von unserem persönlichen Interesse hat sie wohl nichts bemerkt. Herr M. schweigt daraufhin erstmalig kurz und fährt fort, ausführlich über seine Schwester zu erzählen. Ich unterbreche ihn nach einiger Zeit und frage nach dem zweiten Grund. Herr M.: "Ich habe Angst, mein Familienleben zu verlieren, meine Frau, meine Tochter, alle die lieb gewordenen Gewohnheiten. Meine Frau hat eine Trennung angesprochen, sie hat einen anderen Mann kennengelernt." An dieser Stelle versuche ich eine therapeutische Intervention, die Herr M. aufnimmt, um das Thema der Trennung der Ehe intensiv mit seiner Frau zu besprechen.

Er wirkt interessiert, emotional beteiligt und mich als Gegenüber wahrnehmend, als seine Angst auch in den folgenden Vorgesprächen im Mittelpunkt gemeinsamer Überlegungen steht. U.a. berichtet Herr M. über umfangreiche Erfahrungen, die er mit Ärzten, Psychologen und anderen Beratern gemacht hat und er fragt sich und mich, ob sein eigenes (manifestes!) Desinteresse an seiner Symptomatik die von ihm aufgesuchten Therapeuten jeweils verprellt habe, so daß nie mehr als zwei oder drei Gespräche stattfanden. Zum Abschluß der Vorgespräche gibt Herr M. die folgende Zusammenfassung seiner Situation:

"Mit meinem Symptom war ich eigentlich bisher nie in einer richtigen Krise. Ich war immer beeinträchtigt, das kränkt mich, aber ich habe mich damit arrangiert. Ohne die Intervention meiner Frau, ohne die Angst, mein Familienleben zu verlieren, wäre ich jetzt nicht hier."

In der Zusammenfassung hat diese typische Psychotherapieentscheidung folgende Schwerpunkte:

Der potentielle Patient fühlt sich existentiell bedroht, überwiegend nicht in einem direkten Zusammenhang zu seiner Erkrankung, sondern in ihm relativ bewußtseinsnahen Dimensionen seiner Beziehungen, seiner familiären und ökonomischen Stabilität. Gleichzeitig erlebt er ein neues produktives Moment seines Leidens, eine Wertezuschreibung, die ihn zur Aktivität veranlaßt. Diese Konstellation ermöglicht ein affektiv-kognitives Inbeziehungsetzen zwischen Patient und Therapeut. Die darin enthaltene neue Perspektive der Zuwendung eröffnet die Aufnahme der therapeutischen Kooperation, ohne daß das geschlossene System der biographischen Fixierung zunächst berührt wird. Durch die gleichzeitige Fokussierung von Angst und Hoffnung wird ein "fruchtbarer Austausch" (vgl. auch LOCH 1967 b, S. 155) begonnen, der die weiteren therapeutischen Schritte zunächst noch offen läßt und erst nach langer vorbereitender Arbeit zu einer psychoanalytischen Standardtherapie führt. Bevor jetzt allerdings die therapiepraktischen Überlegungen weiter entwickelt werden, muß die dritte Dimension der neuen Theorie - die soziale Vermittlung des Behandlungsverfahrens - näher ins Blickfeld rücken.

5. Überlegungen zur sozialen Vermittlung der Psychoanalyse als Teildimension der Psychotherapieentscheidung

In allen ausführlich wiedergegebenen Biographien wurde bereits die Zuführung oder Vermittlung des Behandlungsverfahren dargestellt. Der Rückgriff auf das Fallbeispiel 4 (S. 82) gibt eine typische Entwicklung wieder:

Der Entscheidungsprozeß, eine Psychotherapie aufzusuchen, verlief nach dem Bericht der Patientin in folgenden Schritten: Zunächst bestand kein Zugang zu einer möglichen psychischen Verursachung der Symptome. Die Hinweise des Hausarztes waren ohne Bedeutung und wurden ausschließlich als Kränkung empfunden. Nach der Trennung der Beziehung zum ersten Freund und der Aufnahme einer symbiotisch fixierten Beziehung zum zweiten Partner verschärften sich die Symptome. Das Behandlungsverfahren wurde durch Gespräche mit dem gut informierten Freund vertrauter. Als Frau K. eines Abends beunruhigt von der o.g. Drohung des Schulleiters und seines Stellvertreters erzählte, fragte der Freund dringend an, ob es jetzt nicht wirklich Zeit sei, sich um eine Behandlung zu kümmern. Am nächsten Morgen bemühte sich Frau K. um Vorgespräche.

Ähnliche Konstellationen sind nach den Erfahrungen des Verfassers häufig registrierbar mit dem Schwerpunkt, daß zwischen dem Erleben des Patienten und der Aufnahme der psychotherapeutischen Behandlung eine kommunikative Brücke hergestellt sein muß. Dieser Zusammenhang führt zu der Frage, zu welchem Zeitpunkt die subjektive Wahrnehmung und Verarbeitung des Patienten für eine

therapeutische Unterstützung zugänglich ist. Die bisher dargestellten zwei Dimensionen, die zum Beziehungsgefüge der Patientenentscheidung beitragen, müssen ergänzt werden durch eine dritte Dimension, welche die besondere Art der emotional kommunikativen Verknüpfung zwischen Patient und Therapieverfahren näher untersucht. Wird zunächst grundsätzlich die Zuführung der Behandlung als mütterlich getönte Hilfestellung verstanden, werden auf der Seite des Patienten in bestimmten Lebenssituationen Bedürfnisse vorausgesetzt, die den Aufbau einer kommunikativen Verbindung zwischen Patient und Therapeut ermöglichen bzw. fördern.

Die psychoanalytische Theoriebildung - auch aus der Perspektive unterschiedlicher Schulen - liefert umfangreiche und differenzierte Beiträge zur Beschreibung helfender Beziehungen. Insbesondere BALINT (1957, 1966, 1970) verläßt die ich-psychologischen Formulierungen intrapsychischer Prozesse, wendet sich der kommunikativen Beziehung Patient-Therapeut zu und überlegt Stationen der Therapiebeziehung unter dem Gesichtspunkt der Wiederholung bzw. Abgrenzung von frühen Eltern-Kind-Erfahrungen. Wichtig sind seine Überlegungen zur sogenannten Grundstörung, bei der kein psychischer Konflikt aber ein Mangelzustand feststellbar ist, der beständig nach Ausgleich drängt. Diese Ausgangssituation erfordert für die therapeutische Behandlungspraxis teilweise eine besondere Haltung des Therapeuten, die z.B. von WINNICOTT (1958, S. 180) als lenkender Umgang bezeichnet wird. Die Arbeiten von KLEIN (z.B. 1962), WINNICOTT (1960, 1961, 1969, 1973, 1974) und von anderen Vertretern der Britischen Schule der Psychoanalyse, ebenso die Untersuchungen zur Behandlung narzißtischer Patienten (KOHUT 1969, 1973

und KERNBERG 1975, 1979) formulieren verschiedene Aspekte der metapsychologischen Verarbeitung helfen-der Beziehungen. In diesem Zusammenhang bedeutsam sind auch die Begriffe Intentionalität, intentionale Störung der Objektbeziehung, intentionales Antriebs-erleben, die auf SCHULTZ-HENCKE 1927 zurückgehen (vgl. auch RUDOLF 1977).

Gelingt es - darin liegt der hier vorgestellte Aspekt - über die biographische Auswertung Phasen der Krisen-verarbeitung und Dimensionen der Therapieentscheidung zu erschließen, dann kann der Therapeut seine Bezie-hungsfähigkeit zum Patienten verbessern und die Art seines Beistandes daran orientieren, in welchem Ver-arbeitungsstadium der Patient sich gerade befindet (vgl. SCHUCHARDT 1980). Demnach kann er z.B. Möglich-keiten des kommunikativen Aufbaus einer Brücke erar-beiten oder auch Elemente des Abreißen einer Verbindung einschätzen und kooperativ nutzen.

Eine ähnliche Zielvorstellung wird von HOHAGE, KLÖSS und KÄCHELE diskutiert, die auf die Schwierigkeit therapeutischer Interventionen in Erstgesprächen hin-wiesen:

"Ein 24jähriger, unverheirateter Bürokaufmann kommt auf eigenen Wunsch in die Ambulanz. Er schilderte bereits schriftlich, daß sein Hauptproblem zu häufiges Onanieren sei, daß er deshalb um körperliche Schädigung und um seine Potenz besorgt sei. Im Gespräch selbst meidet er den Blickkontakt und ist an einer Entlastung seiner Ängste und Zweifel auffallend wenig interessiert. Statt-

dessen hält er den Interviewer durch umständliches Vor-sich-hin-Reden auf Distanz. Zur Biographie ist zu erfahren, daß der Patient seinen Vater mit sieben Jahren verlor. Seitdem lebt er mit seiner Mutter eng zusammen, die aber in seiner Kindheit beruflich häufig abwesend war. Er hat erst eine einzige intensive heterosexuelle Beziehung anknüpfen können, in der er seiner Schilderung nach die Beziehung zu einer strafenden, ihn unselbständig haltenden Mutter wiederholte. Als ein weiterer Mann in dieser Beziehung auftauchte, brach er sie ab.

Der Interviewer vermutet im Vordergrund einen ödipalen Konflikt, der durch Schuldgefühle dem verstorbenen Vater gegenüber sowie durch eine hochambivalente ödipale Bindung an die Mutter gekennzeichnet ist. Ambivalenz prägt auch die Einstellung des Patienten zum Interviewer. Keine dieser Überlegungen wird jedoch zu Deutungen umformuliert, da der Patient energisch betont, daß er lediglich "Aufklärung" über die Gefahren der Onanie wünscht. Der Interviewer akzeptiert stattdessen, daß der Patient seine Schwierigkeiten mit Mädchen im Augenblick so sehr als "Schwäche" empfindet, daß er sie im Gespräch verborgen halten will. Er interpretiert deshalb den Entschluß des Patienten, von sich aus die Partnerschaft zu beenden, als einen wichtigen Versuch, zu neuen und befriedigenderen Beziehungen zu gelangen, die dann das Onanieproblem überflüssig machen würden.

Mit dieser Intervention ist erstmals eine gewisse Entspannung im Verhalten des Patienten zu beobachten: Er lächelt kurz und blickt den Interviewer an. Dessen Angebot, sich wieder zu melden, sollten sich bei der Su-

che nach besseren Beziehungen noch einmal Schwierigkeiten ergeben, wird dankbar akzeptiert, ein weiterer Termin nicht ausgemacht" (HOHAGE, KLÖSS und KÄCHELE 1981, S. 548 f).

Die Autoren weisen darauf hin, daß die Beachtung des Gesprächsauftrages des Patienten dem Analytiker Möglichkeiten anbietet, nicht die Ambivalenz gegenüber dem Interviewer anzusprechen, sondern eine Kooperation anzubieten, die den Weg für eine spätere therapeutische Unterstützung offenhält. Impliziert ist darin die Vorstellung, daß Krisenverarbeitungsprozesse verschiedene Stadien durchlaufen, die für die Therapie unterschiedlich gut geeignet sind. Offen allerdings bleibt, ob das aktuelle Interesse des Patienten an therapeutischer Unterstützung nicht auch sinnvoll anders interpretierbar ist, indem z.B. seine Entscheidung als Kulminationspunkt biographischer Erfahrungen interpretiert wird. Unter dieser Perspektive erscheint eine erweiterte Reflexionsmöglichkeit therapeutischer Begleitung, die in dem angeführten Beispiel zumindest unterbrochen wird.

6. Zusammenfassung des neuen theoretischen Modells der Patientenentscheidung

Durch eine Neuinterpretation von Biographien potentieller und tatsächlicher Psychotherapiepatienten wurde eine Theorie über den Kulminationspunkt der Patientenentscheidung vor Aufnahme einer analytischen Psychotherapie entwickelt. Im Mittelpunkt dieser Theorie steht ein komplexer Vermittlungsprozeß verschiedener Dimensionen, die der Patient zu einer Entscheidung zusammenfügt. Die sich wechselseitig bedingenden Dimensionen entsprechen den subjektiven Erfahrungen des Verfassers, die einzelnen Fallbeispiele dienen der Verdeutlichung seiner Positionen.

Die Kernpunkte der Theorie liegen in der Annahme eines Bedingungsgefüges aus einer subjektiv bedrohlich empfundenen existentiellen Krise ("ich leide"), einer gleichzeitig positiven Wertzuschreibung ("ich hoffe") und einer intensiven Zuführung bzw. Vertrautheitszunahme des Behandlungsverfahrens. Dieses Konzept wurde in Abgrenzung gegenüber anderen metapsychologischen Modellen diskutiert.

Nach dem jetzt vorliegenden Muster ergeben sich neue Interpretationsmöglichkeiten des Patienten-Therapeuten-Dialoges und Anregungen für den Therapeuten, die Reflexion der Therapieentscheidung in das gemeinsame Behandlungskonzept zu integrieren. Als entscheidende Fragen und Überlegungen sind aufzufassen:

1. Was veranlaßt den Patienten, gerade jetzt sich für eine Psychotherapie zu bewerben?

2. Welche Faktoren sind ausdeutbar -
existentielle Krise, Hoffnung,
soziale Vermittlung?
3. An welcher Dimension orientiert sich
der Patient wesentlich?

Der Konzeption des interpretativen Paradigmas entsprechend verdeutlicht der Prozeß der Neubearbeitung der Patientenentscheidung, daß die Reflexionen des Therapeuten die Konstruktion des Kulminationspunktes entscheidend mitbestimmen. In diesem Zusammenhang erscheinen zwei Punkte wesentlich. Der Patient wird angeregt, seine Selbstwahrnehmung in Zusammenhang zu seiner Therapieentscheidung zu entwerfen. Der Therapeut verläßt dabei die Rolle des teilnehmenden Beobachters, indem er auf der Basis seiner Vorerfahrungen dem Patienten eine Interpretations- und Erzählfolie anbietet, auf dem sich ein roter Faden der Entscheidungsfindung entwickeln kann. Möglicherweise kommt es dabei zu einer kognitiven Verständigung. Im affektiven Bereich sind die wechselseitigen unbewußten Beeinflussungsprozesse (z.B. Patient lehnt sich an das Muster des Therapeuten an oder Therapeut erzwingt einen Dialogverlauf, worauf der Patient blockiert) in diesen Prozeß einzuschließen und können im Rahmen des dargestellten Übertragungs-Gegenübertragungskonzeptes reflektiert werden. Im Hinblick auf die Einordnung und Bewertung der individuellen therapeutischen Grundhaltung und ihrer Auswirkung auf die Patienten-Therapeuten-Interaktion ist zu beachten, daß der Therapeut sich nicht durchgängig mit einer gleichbleibend distanziert freischwebenden Aufmerksamkeit an der Interaktion beteiligt, sondern versucht, den Patienten kognitiv und affektiv zu errei-

chen bzw. libidinös in ihn einzudringen¹. Dadurch können sehr prozeßfördernde Emotionen angesprochen sein, aber auch - wie ein späteres Beispiel zeigen wird - affektive Blockaden verstärkt werden.

Begrenzt auf die Reflexion der Therapieentscheidung kann somit eintreten, daß die emotionalen Abläufe derartig besetzt sind, daß der Patient von seinem "Selbstplan" hinsichtlich seiner Therapieentscheidung überhaupt nicht berührt ist, da er andere kognitive bzw. affektive Schwerpunkte setzt.

In dem jetzt folgenden Abschnitt geht es zunächst um die notwendige Diskussion der Differenzierungsmöglichkeiten in der empirischen Überprüfung der vorliegenden Theorie. Spezifische Verarbeitungskanäle, Notwendigkeiten und Grenzen, die bei der Anwendung des neuen theoretischen Modells zu beachten sind, werden in Kapitel V weiter ausgeführt.

¹ Diese Haltung wird innerhalb der Überlegungen zur psychoanalytischen Behandlungstechnik kontrovers diskutiert (vgl. z.B. FÜRSTENAU, ARGELANDER u. LOCH 1977).

7. Welche Erweiterungen der empirischen Überprüfung sind möglich?

Ausgangspunkt ist, daß die hier entwickelte Theorie über den Kulminationspunkt der Therapieentscheidung eine paradigmatische Orientierung liefert, die wiederum eine Strukturierung weiterführender Untersuchungen vornehmen kann. Vorstellbar ist, daß mit Hilfe von Intensivinterviews Biographien potentieller und realer Psychotherapiepatienten bearbeitet werden, in denen die komplexe Wechselwirkung der Dimensionen der Therapieentscheidung weiter erfaßt wird. Ein Projekt mit dieser Aufgabenstellung kann in folgenden Punkten vorläufig skizziert werden¹.

1. Potentiellen bzw. realen Patienten, die sich zu einer Psychotherapie anmelden, in Behandlung sind oder diese abgeschlossen haben, werden Interviews vorgeschlagen. Geplant ist, ihre Alltagswelt als Grundlage weiterer Strukturierungen und Ausdeutungen kennenzulernen. "Ihre Analyse ist die Voraussetzung für den Zugang der ganzen Spannweite der Wirklichkeiten, in denen sich der Mensch mit seiner Alltagssicht in der Gesellschaft bewegt; ohne ihre Analyse wird nicht faßbar, wie Menschen die soziale Wirklichkeit, in der sie leben, wahrnehmen, erfahren und schaffen (PSATHAS 1973, S. 274).

¹Vgl. die Projektbeschreibung von FUCHS 1977, die eine Reihe von Anregungen anbot.

Zentrale Zielvorstellung ist im folgenden, die Deutungsmuster zu erschließen, die die Betroffenen in Lebenskrisen anwenden. Dieser Ansatz geht von der Deutungskompetenz des Interviewten aus, wie sie in der Selbstkonzeptforschung (vgl. z.B. FILIPP 1979) oder in der Handlungsforschung (vgl. z.B. SCHNEIDER 1980) zugrundegelegt wird.

2. Das biographische Material wird durchgearbeitet, insbesondere unter dem Aspekt einer kritischen Reibung zwischen der vorläufigen Theorie und den neu gewonnenen Informationen. In dieser "kommunikativen Auswertung", in der Datenerhebung und -auswertung nicht voneinander getrennt sind, vertritt der Interviewer Fragen und Positionen des bisherigen Erkenntnisstandes und fordert zu einer Auseinandersetzung mit ihnen auf.

So schreibt z.B. FUCHS bezogen auf die Rekonstruktion der Lebensgeschichte von Arbeitern: "Lebenserinnerungen und Erfahrungen werden, nachdem sie in ihrer individuellen Farbe, Kraft und Begrenztheit offen gemacht, verhandlungsfähig herausgearbeitet worden sind, durch die Konfrontation mit "objektiven Faktoren", mit Daten und Hypothesen zur Geschichte und Sozialgruppe in Stadt, Region und Gesellschaft durchgearbeitet werden. Der Interviewer wird diese "objektive Seite" vertreten und so zur Durcharbeitung der subjektiv erzählten und berichteten biographischen Materialien auffordern. Auf diese Weise kann das skizzierte Dilemma kritischer Forschung angegangen werden, entweder das Erzählte für die Wirklichkeit

der Gesellschaft nehmen oder aber Deutungen vorlegen zu müssen, die sich in den Erzählungen der Menschen nicht wiederfinden. Sozialgeschichtliche und gesellschaftswissenschaftliche Daten und Theoreme können sich in der Auseinandersetzung als akzeptabel, als brauchbar, als erklärungsfähig im Material bewähren - im Medium der erzählten Lebensgeschichte, die damit gleichzeitig "neu bearbeitet" wird" (FUCHS 1977, S. 130 f).

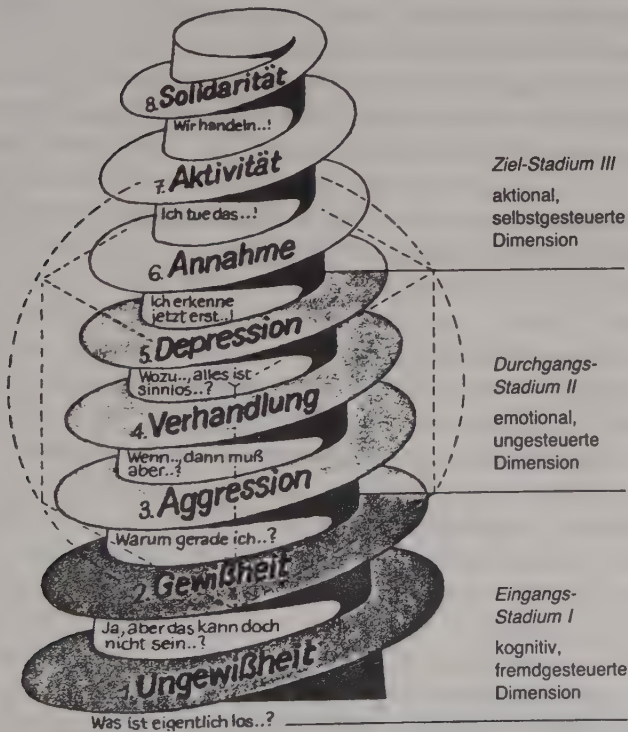
In der hier vorgeschlagenen Untersuchung vertritt der Interviewer gegenüber dem Psychotherapieinteressierten - die vorliegende Analyse zugrundegelegt - die Theorie, daß die Dimensionen der Krise, der Hoffnung und der sozialen Vermittlung an seiner Entscheidung beteiligt sind. Diese Position bietet er zur kritischen Einschätzung und Ergänzung an.¹

3. Die bearbeitete Biographie wird dem Befragten vorgelegt. Er wird zu einer kritischen Auseinandersetzung aufgefordert, nachdem er auch die Entwicklung der Auswertungsprozesse kennengelernt hat. Diese Zentrierung auf einer "kommunikativen Auswertung" schließt nachträgliche Zusammenfassungen nicht aus ("Durchschnittsbiographie" und "typische Abweicher" z.B.).

¹ Anregend sind u.a. auch Überlegungen von BELSCHNER und KAISER (1981, in Anlehnung an LAZARUS, AVERILL und OPTON 1974 und BRONFENBRENNER 1976), die Mehrebenenmodelle zur Analyse und Bewältigung von Lebenssituationen vorschlagen. Sie unterscheiden drei Ebenen, die zur Variableninteraktion beitragen, die individuelle Ebene (Disposition, Rolle, Bewältigungsreaktionen), die Situationsanalyse der institutionellen Faktoren (Organisationsstruktur, Bewältigungsstrategie) und die Analyse-einheiten, die durch gesellschaftliche Gegebenheiten konstituiert werden (z.B. politische oder wirtschaftliche Krisen).

4. Zur Darstellung des Entscheidungsprozesses können Modellvorstellungen über Krankenkarrerien herangezogen werden (siehe GERHARDT 1976 oder SCHUCHARDT 1980). Der Vorteil eines Spiralphasenmodells liegt darin, daß die Unabgeschlossenheit der einzelnen Stadien, ihre wechselseitige Abhängigkeit und die Wiederholbarkeit einzelner Abschnitte verdeutlicht werden kann.

Abbildung nach SCHUCHARDT (1981, S. 33)



Ausgehend von diesem Krisenverarbeitungsmodell lassen sich einzelne Schritte in der kognitiven und emotionalen Verarbeitung des Patienten kennzeichnen, die hinsichtlich der Wahrnehmung des eigenen Leidens und der möglichen psychotherapeutischen Hilfe die Abgrenzung z.B. folgender Stadien nahelegen¹:

1. Eingangsstadium (Selbstwahrnehmung, Entwicklung von Behandlungsvorstellungen)

- a) Mit mir stimmt etwas nicht, ich bin krank, ich leide.
- b) Ich brauche Hilfe.
- c) Wohin muß ich gehen?
- d) Psychotherapie? Vielleicht - Nein danke.
- e) Ich bin unzufrieden, es ändert sich nichts, vielleicht muß alles so bleiben.

2. Durchgangsstadium (Emotionales Neuerleben)

- a) Gibt es noch Hoffnung?
- b) Ich leide und ich hoffe.

3. Zielstadium (Entscheidungsfindung)

- a) Ich kann eine positive Therapievermittlung wahrnehmen.
- b) Ich melde mich an und frage nach Unterstützung.
- c) Ich will zusammenarbeiten.

¹Die Formulierung der einzelnen Schritte als ichzentrierte Wahrnehmung und Entscheidung (Ich bin... Ich brauche... usf.) soll die sinngeleitete Orientierung des Patienten wiedergeben.

In den einzelnen Stufen kann der Patienten-Therapeuten-Dialog weitere Differenzierungen vornehmen, die in die reflektierende Wahrnehmung beider Beteiligten eingehen. Für den Patienten liegt die Bedeutung darin, daß er sich einige Stationen seiner Lebensgeschichte vergegenwärtigt, einen neuen Sinnzusammenhang herstellt und somit eine Integrationsarbeit leistet, die der eigenen Identitätsbildung dient. Eine ähnliche Möglichkeit besteht für den Therapeuten als ebenfalls Betroffenen.

Neben den Überlegungen zur Differenzierung der empirischen Untersuchung liefert die vorliegende Arbeit einige Anregungen zur weiteren kritischen Auseinandersetzung mit der Versorgungssituation psychisch Kranker. Während das Ungleichgewicht in der Behandlungsmöglichkeit wegen der Schichtspezifität der Patienten und der regionalen Zentrierung der Therapeuten zu den langjährigen Kritikpunkten gehört (vgl. z.B. REBELL 1976, Autorengruppe TÜBINGEN 1978), fehlen weitgehend Untersuchungen über weitere Selektionsmechanismen in der psychotherapeutischen Versorgung. Aus beiden Perspektiven ergeben sich eine Reihe von wesentlichen Diskussionspunkten, insbesondere, daß eine staatliche Sozialpolitik, die für Gleichheitsgesichtspunkte und für die Reintegration von psychisch Kranken anstelle der traditionellen Prinzipien von Ausgrenzung und Isolierung eintritt, daran gemessen werden muß, ob es ihr gelingt, in Richtung einer Auflockerung der Selektionsmechanismen wirksam zu sein. Eine wichtige Frage in diesem Zusammenhang ist, ob die Eingliederung von tiefenpsychologisch orientierter und analytischer Psychotherapie in den Leistungskatalog der Krankenkasse als quantitative Verbesserung insgesamt oder auch als schichtunabhängige

Erweiterung bewertet werden muß. Die wenigen bekannten Untersuchungen zum Krankheitsverhalten bei psychischen Störungen sprechen für eine pessimistische Einschätzung, die unter drei Gesichtspunkten zusammengefaßt werden kann¹:

1. Der psychisch Kranke zeigt im allgemeinen ein Krankheitsverhalten, bei dem Passivität, Unentschlossenheit und Angst überwiegen. Die psychotherapeutische Versorgung hingegen ist arztzentriert und macht kein aktives Unterstützungsangebot. "Paradoxerweise werden im Verhältnis zwischen Versorgung und Kranker gerade bei dem Partener Orientierungskennntnisse vorausgesetzt und aktives Entgegenkommen erwartet, der zu beiden weniger befähigt ist, wenn nicht unfähig ist. Der psychisch Kranke kann sich wegen der geringen Krankheitskennntnis (gerade bei psychischen Störungen) und wegen der psychologischen Abwehr seiner eigenen Krankheit besonders schlecht orientieren. Die komplexe aktive Leistung, den Arzt aufzusuchen, ist an Entschlüsse und Kommunikation gebunden, die er aufgrund seiner Krankheit nur schwer zustande bringt. Wer so in Unkenntnis über die Krankheit, im Widerspruch gegen die Krankheit und psychosozialer Passivität befangen ist, kann nicht den ersten Schritt machen. Dem Blinden wird hier die Orientierung überlassen. Es ist jetzt umgekehrt zu formulieren: Die Versorgung ist krankenavers" (MOELLER 1972, S. 98).
2. Die Behandlung selbst - ob in Klinik oder Praxis - hat eine Reihe von isolierenden Faktoren, die dazu führen können, daß soziale Bedingungen der Erkrankung kaum berücksichtigt werden. "Durch eine the-

¹vgl. z.B. REBELL 1976, S. 121 f

rapeutische Isolation geraten nun gerade die für psychische Störungen entscheidenden Zusammenhänge der konkreten Lebenssituation und die Beeinträchtigungen psychosozialer Funktionen aus dem Blickfeld der Ärzte. Entscheiden und Handeln der Kranken und der Stellenwert seiner Umgebung bleiben randständig" (MOELLER 1972, S. 95).

3. Zielgerichtete Aufklärung und Kommunikation zum Laien werden wenig geplant und häufig abgewertet. "Bei psychisch Kranken erfordern gerade der Mangel an Krankheitskenntnis, die durch den Widerstand erschwerte Krankheitswahrnehmung und die Beeinträchtigung psychosozialer Funktionen besonders dringend eingehende Information und Aufklärung" (MOELLER 1972, S. 97).

Gegenüber diesen ausgrenzenden Elementen kann die vorliegende Untersuchung einige vorläufige Anregungen vorstellen, wie Patient und Versorgungsinstitution ihre Kooperationsmöglichkeit verbessern können. Dabei liegt weiterhin die Vorstellung zugrunde, daß die Auseinandersetzung mit den subjektiven biographischen Erfahrungen - die ein bestimmtes Krankheitsverhalten bedingen - nicht weniger bedeutungsvoll ist als die Beschäftigung mit anderen Schwerpunkten von Krankheit, Leiden oder Krise. Hieraus ergeben sich u.a. folgende Konsequenzen:

- a) Der Berater oder Therapeut muß davon ausgehen, daß der ihn aufsuchende psychisch Kranke bestimmte Stadien in seiner Krisenverarbeitung durchlaufen hat. Besteht dabei das aktuelle Bedingungsgefüge seines Therapieinteresses aus einer Vernetzung von "existentieller Bedrohung" und "produktiver Kraft" bieten sich Ansatzpunkte für eine kooperative Basis.

- b) Durch die Berücksichtigung der Krisenverarbeitungsprozesse und der besonderen Funktion der sozialen Vermittlung des Behandlungsverfahrens kann durch die Beratung in den therapienahen Bereichen der Prozeß der Zuführung zur analytischen Psychotherapie produktiv unterstützt werden. Konkret bedeutet dies, daß nicht nur die sozialen Bedingungen der Erkrankung sondern auch die sozialen Bedingungen der therapeutischen Unterstützung ins Blickfeld rücken.
- c) Das Wissen um die Beeinträchtigungen bzw. Besonderheiten bei den Entscheidungsfunktionen psychisch Kranker müßte zu einer grundsätzlichen Aufwertung von informatorischer Beratung, schneller Krisenberatung und verbesserter Erreichbarkeit des Therapeuten führen. Hierin liegen Möglichkeiten, die soziale Distanz zwischen Patient und Versorgung zu verringern.

Die drei letztgenannten Punkte verdeutlichen, daß biographische Erfahrungen, die sich zu Typisierungen bestimmter sozialer Gruppen zusammenfassen lassen, wesentliche Anregungen zur Analyse der Widersprüche zwischen Patient und therapeutischer Versorgung liefern. Diese bisher weitgehend ungenutzten Möglichkeiten bieten Anregungen, die bekannten Zusammenhänge zwischen Schichtzugehörigkeit, Krankheitsverhalten und Behandlungsverfahren weiter zu differenzieren und somit die Beziehungsfähigkeit der psychotherapeutischen Begleitung zu verbessern.

V Die Anwendbarkeit des neuen theoretischen Modells in der therapeutischen Praxis

1. Die Grundprinzipien der psychoanalytischen Behandlungstechnik

Um die Möglichkeiten und Begrenzungen des neuen theoretischen Modells einordnen zu können, müssen einige Grundmuster des Behandlungsverfahrens und seine Wirkungsweise vorangestellt werden. Wie für alle therapeutischen Verfahren gelten drei Basisbedingungen, wie sie z.B. von STRUPP (1966) zusammengefaßt werden:

1. Aufgebaut wird eine helfende Beziehung, die sich am Eltern-Kind-Muster orientiert.
2. Es entwickelt sich eine Macht-Basis, von der aus der Therapeut den Patienten nach psychologischen Prinzipien beeinflußt.
3. Der Patient hat unterschiedliche Fähigkeiten, aus diesen Erfahrungen zu profitieren.

Psychoanalysespezifisch ist die Vereinbarung freier Einfälle, das Liegen auf der Couch, das Erzählen von Träumen, die Vereinbarung von 2 - 5 Sitzungen pro Woche und die Vorplanung einer mehrjährigen Behandlung. Dieses Arrangement eröffnet die Möglichkeit einer therapeutischen "Regression", d.h., der Patient kann konflikthafte Erleben - bei dem zentrale frühkindliche Wünsche und Enttäuschungen vorausgesetzt werden - innerhalb der psycho-

analytischen Behandlungssituation aktualisiert darstellen. Die Interpretation dieser Abläufe soll die regulativen Vorgänge der Ich-Instanz verstärken und veränderte Konfliktlösungsmöglichkeiten anbieten.

"Insofern ist auch die Konfliktneigung nicht zu beseitigen, sondern allenfalls der Zwang aufzuheben, immer in einer bestimmten neurotischen Weise reagieren zu müssen. In diesem Sinne erklärte Freud, daß die "Wirkung der Analyse... die konflikthaften Reaktionen nicht unmöglich machen, sondern dem Ich des Kranken die Freiheit schaffen sollte, sich so oder anders zu entscheiden" (1923 b, 280 Anm.). Die für die Ichfunktion günstigsten Bedingungen erlauben dem Ich eben diese Freiheit im Denken wie im Handeln, in der Fähigkeit zur Arbeit wie zum Genuß. Und insofern ist Ich geworden, wo Es und, wie Fenichel ergänzte, "wo Über-Ich war" (1945, 589)" (NEDELMANN 1981, S. 56).

Der Realisierung dieses Zieles steht eine komplexe Mischung förderlicher und hinderlicher Kräfte gegenüber, die durch verschiedene psychoanalytische Konzepte voneinander unterschieden werden.

1. Das "Arbeitsbündnis" erfaßt die bewußten Ichanteile, mit denen sich der Therapeut verbindet und die im Interesse einer Fortführung der Arbeit Kränkungen und Ängste in Kauf nehmen.
2. Der "Widerstand" in seinen spezifischen Variationen versucht die Tendenz verschiedener intrapsychischer Kräfte des Patienten darzustellen, die verhindern, daß unbewußtes Material bewußt werden kann. Der sogenannte "Über-Ich-Widerstand" kann sich z.B. einer produktiven Veränderung entgegenstellen, da ein wirksamer Weg gefunden worden ist, um in dieser Weise Schuldgefühle abzuschwächen.

3. Die "therapeutische Ich-Spaltung" geht davon aus, daß ein erlebender und ein beobachtender Teil des Ichs aufrechterhalten sein muß, um sowohl die unbewußten affektiven Anteile in ihrer Auswirkung fühlbar zu machen als auch die distanzierte Reflexionsfähigkeit aufrechtzuerhalten. Die Arbeit an diesem therapeutischen Spaltungsprozeß ist ein Schwerpunkt der analytischen Psychotherapie.

Über das Wechselspiel der dargestellten Kräfte gibt FREUD die folgende Kurzfassung: "Auf der Seite des Patienten wirken für uns einige rationelle Momente wie das durch sein Leiden motivierte Bedürfnis nach Genesung und das intellektuelle Interesse, das wir bei ihm für die Lehren und Enthüllungen der Psychoanalyse wecken konnten, mit weit stärkeren Kräften aber die positive Übertragung, mit der er uns entgegenkommt. Auf der anderen Seite streiten gegen uns die negative Übertragung, der Verdrängungswiderstand des Ichs, d.h., seine Unlust, sich der ihm aufgetragenen schweren Arbeit auszusetzen, das Schuldgefühl aus dem Verhältnis zum Über-Ich und das Krankheitsbedürfnis aus tiefgreifenden Veränderungen seiner Triebökonomie. Dabei kommt der positiven Übertragung besondere Bedeutung zu, da die Zuneigung, die der Patient dem Analytiker gegenüber empfindet, die Tendenzen unterstützt, die angebotenen Interpretationen kritisch aber wohlwollend zu überprüfen" (FREUD 1938, S. 420).

Unter günstigen Voraussetzungen - d.h., daß u. a. die "therapeutische Ich-Spaltung" gut ausgeprägt ist, lassen sich die latenten emotionalen Konflikte produktiv über die Wiederholung in der Übertragungsbeziehung zum Therapeuten bearbeiten. Darüber hinaus besteht auch weitgehend Einigkeit darüber, daß die psychoanalytische Behandlungstechnik erfolgreich bei "strukturellen Ich-Störungen" angewandt werden kann, bei psychischen Erkrankungen, die sich insbesondere durch die Instabilität von Gefühlen - wie Mißtrauen, Distanz, Idealisierung, Entwertung - und ihren sprunghaften Wechsel auszeichnen.

Die partiellen Modifikationen des psychoanalytischen Standardverfahrens sind insbesondere mit FERENCZI, BALINT, KOHUT, KERNBERG u.a. verbunden. Die folgende Übersicht von MERTENS stellt die wesentlichen diskutierten Unterschiede gegenüber, in denen - und das ist für die weitere Einordnung des Umganges mit der dargestellten Theorie der Patientenentscheidung wichtig - betont wird, daß der Therapeut beim strukturell-ichgestörten Patienten die libidinöse Funktion der Zuwendung, des Kontaktes und die therapeutische Zielorientiertheit von sich aus aktiv vorleistet.

Kontroverse Ansichten bestehen formelhaft zwischen diesen psychoanalytischen Techniken (MERTENS 1981, S. 208):

Das bisherige klinische Wissen ist ausreichend; Neurosen sind Versuche der Konfliktverarbeitung im ödipalen Feld;

Klinisches Wissen ist mangelhaft, nicht neurotische Strukturkonflikte, sondern Entwicklungsdefizite machen die Störung aus;

die vorsprachliche Phase wird nicht Übertragungsrelevant;

Schwerpunkt der regressiven therapeutischen Beziehung liegt im vorsprachlichen Bereich;

Übertragungen sind Wiederholungen infantiler Triebwünsche aus dem ödipalen Bereich (Phantasieformationen);

Übertragung wird zur Wiederholung objektiv erlebter Beziehungen (der frühen Mutter-Kind-Beziehung);

Bearbeitung und Auflösung der Übertragungsbeziehungen; Herbeiführung von Einsicht als Ziel der Deutungstechnik; Widerstandsdeutung vorder Inhaltsdeutung;

Wiederherstellung der Mutter-Kind-Beziehung; entwicklungsfördernde und reagierende Haltung; kein forciertes Ansprechen von Entwicklungshindernissen oder Widerständen;

kein Gewähren von Befriedigungen, kein Anbieten als Ersatzfigur.

Arbeit setzt nicht am Verdrängten an, sondern am Defekt.

Gegenüber einer gleichbleibend distanzierten, freischwebenden Aufmerksamkeit (vgl. z.B. FÜRSTENAU 1977, S. 203 f) des Therapeuten, kann dieser auch aktiv zielgerichtet mit seinen Verarbeitungsmustern - z.B. seiner Theorie über Dimensionen der Therapieentscheidung - umgehen, den Patienten dadurch affektiv erreichen und ein kognitives Einverständnis herbeiführen. Auf diesem Wege können wichtige Hinweise für die Indikationsstellung erfahrbare werden, sowohl hinsichtlich des Arbeitsbündnisses, der spezifischen kommunikativen Auffälligkeiten und der Ich-Funktionen. Auch kann die Ausgangssituation eines längerfristigen Therapieprozesses mit einer prozeßfördernden Veränderung beginnen, die für die weitere Zusammenarbeit eine produktive Basis herstellt. Diese und andere Überlegungen werden in den weiteren Abschnitten ausgeführt.

2. Überlegungen zur Indikationsstellung

Zu verschiedensten Problemen der psychoanalytischen Diagnostik und Indikationsstellung liegen ideenreiche und differenzierte Untersuchungen vor¹, die in unterschiedlicher Komplexität nosologische Kriterien, kognitive, affektive, motivationale und kommunikative Faktoren berücksichtigen (vgl. z.B. die Übersicht von BLASER 1977, S. 127 ff).

Ein wichtiges Teilproblem liegt in der sogenannten subjektiven therapeutenzentrierten Indikation, in der die Frage beantwortet werden soll, ob der Patient auf der Basis der Beziehung zum Analytiker einen psychoanalytischen Therapieprozeß produktiv nutzen kann. Eingeschlossen in diese Überlegung ist die Vorstellung eines phasenhaften Verlaufes des psychoanalytischen Therapieprozesses (in der folgenden schematischen Darstellung leicht verändert zusammengefaßt nach GOEPPERT und GOEPPERT 1975, S. 35), bei dem sich sowohl die Kommunikationsstrukturen als auch die sprachlichen Umgangsformen verändern (siehe S. 135). Nach dieser Konzeption wird die Analytiker-Patient-Beziehung als wesentliche Vorbedingung verstanden, in deren Sicherheit erst der regressive Therapieprozeß und die Analyse von Widerstand und Übertragung voranschreiten kann.

¹ Erste Bemerkungen zur Indikationsstellung bei FREUD (1905 und 1913), historisch wichtige Arbeiten von FENICHEL (1945) und GLOVER (1955), Zusammenfassungen von HEIGL (1972), BAUMANN (1981) oder BACH (1981).

Schematische Darstellung der psychoanalytischen Situation
(GOEPPERT und GOEPPERT 1975, S. 35)

Psychoanalytischer Prozeß	Ebene der Arzt-Patient-Interaktion	Bedeutung der Sprache in der therapeutischen Kommunikationssituation
Pseudoödpalität (Themen aus dem ödipalen Bereich, jedoch noch kein Übertragungsfähiger Kontext)	semantisch-synthetisches Verstehen, Verstehen der Person (psychologisches Verstehen)	Bereitschaft, aufgrund des gemeinsamen Sprachvermögens (langage) miteinander zu reden
Manifestation der Symptomatik	erste Übertragungs-Gegenübertragungs-Ebene	
Arbeitsbündnis (depressives Stadium)	ausschließlich deskriptive Interpretationen	
Präödpalität	empathisches Verstehen	Einigung von Patient und Therapeut, sich mittels der Muttersprache (langue) zu verständigen
sympiotische Beziehung in der Dualunion	zweite Übertragungs-Gegenübertragungs-Ebene	
narzißtische Konfliktverarbeitung	vorwiegend deskriptive Interpretationen	
Ödpalität (Dreipersonenbeziehung)	Verstehen der ödipalen Szene in lebensgeschichtlicher Einordnung	Thematisieren (Verbalisieren und Deuten) von Konflikten in der Umgangssprache (parole)
neurotische Konfliktbearbeitung	dritte Übertragungs-Gegenübertragungs-Ebene Übertragungsdeutungen, Interventionen, Konfrontationen	

Durch den Versuch der Integration der drei getrennt dargestellten Interaktionsbereiche (Pseudoödipalität, Präödipalität und Ödipalität) verliert die klassische (ödipal) ausgerichtete Interpretationstechnik ihre Mittelpunktstellung. Diese wird zumindest ergänzt durch die besondere Beachtung der prozeßhaften Entwicklung tragfähiger Objektbeziehungen, die durch die kontrollierte Handhabung der therapeutischen Beziehung wesentlich beeinflußt werden kann.

"...Nach meiner Ansicht sind die Haltung des Analytikers und die analytische Atmosphäre, die er schafft, im Grunde eine Korrektur der Realität, die die Ängste des Patienten, in bezug auf Liebesverlust und Strafe, deren Ursprung in der Kindheit liegt, wieder zurechtrückt. Selbst wenn diese Ängste später analytisch aufgelöst werden, glaube ich dennoch, daß die Beziehung des Patienten zum Analytiker, von der ein Gefühl der Geborgenheit ausgeht, nicht nur eine mittelbare (abgesehen von einer analytischen) Konsolidierung des Geborgenheitsgefühls beim Patienten bewirkt, eines Gefühls, das er in der Kindheit nicht erfolgreich erworben oder konsolidiert hat. Eine solche unmittelbare Konsolidierung - die an sich außerhalb des Bereiches der analytischen Therapie liegt - ist natürlich nur von dauerndem Wert, wenn sie das koordinierte Wirken der analytischen Behandlung begleitet" (BIBRING 1937, S. 182 f, zit. n. ZETZEL 1974, S. 202).

Für die Indikationsstellung wesentlich sind demnach Hinweise darauf, ob beide Kooperationspartner überhaupt in der Lage sind, eine emotionale Kommunikation herzustellen, die gleichzeitig eine angstmildernde Wirkung hat. So stellt z.B. DANTLGRABER in seinem Konzept der subjektiven Indikation die Gegenübertragung des Therapeuten in den Mittelpunkt, die als Zugang zur unbewußten Kommunikation eine gemeinsame Erfahrung (vom Autoren gekennzeichnet als "Begegnung") erlebbar machen kann:

"Ein Beispiel aus einer psychoanalytischen Behandlung mag dies verdeutlichen. Zu Beginn einer psychoanalytischen Sitzung schweigt die Patientin, sie wirkt dabei unruhig. Während dieser längeren Pause spürt der Analytiker ein Schmerzerlebnis, das sich in der Phantasie mit Inhalten eines am Vortag erlebten Abschieds verbindet. Zugleich erlebt er die Intensität des Gefühls als unangemessen für den erinnerten Anlaß. Denn tatsächlich handelte es sich damals um einen nur vorübergehenden Abschied, den der Analytiker zwar etwas wehmütig registrierte, darin aber keinen Anlaß für die spürbare, ängstliche Reaktion im Sinne eines Verlassenheitserlebnisses sieht. Diese Diskrepanz oder besser Ich-Dystonizität bei seinem aktuellen Schmerzerlebnis erklärt er sich - im Sinne einer vorläufigen Hypothese - als eine Reaktion auf eine affektive Mitteilung der Patientin. Nach einer gewissen Zeit deutet er ihr, sie fühle sich verlassen. Tatsächlich folgt darauf Material, dessen Äußerung es der Patientin ermöglicht, über ihre Angst um den Bestand der therapeutischen Beziehung zu sprechen" (DANTLGRABER 1982, S. 195 f).

Diese affektive Kommunikation wird herbeigeführt durch die Subjektivität des Analytikers. Sie bildet die emotionale Grundlage, die als Voraussetzung notwendig ist, den Dialog über die Verlassenheitsangst zu beginnen. In diese Interpretation eingeschlossen ist eine erweiterte Auffassung des Übertragungs-Gegenübertragungs-Konzeptes, nach der beide Anteil an der Herstellung eines affektiven Rapports haben, der erst der therapeutischen Interaktion einen "vitalen Sinn" verleiht.¹

¹ Siehe LOCH 1976, 1978 u. 1980, in diesem Zusammenhang auch wesentlich FÜRSTENAU 1977

Weiter vorausgesetzt wird die Annahme, daß das Unbewußte analog einer Sprache strukturiert ist (LACAN, GREEN), in der Affekte des Patienten abgespalten sind, die in der Vorstellungskette des Analytikers bewußtseinsfähig auftreten und durch ihre sprachliche Fassung für den Patienten in einen Sinnzusammenhang integrierbar werden. In dem erwähnten Beispiel wurde durch den Affekt des Analytikers die Bedeutung des Schmerzerlebnisses für die Kommunikation bewußt und verhandlungsfähig.

Für die subjektive Indikationsstellung sind DANTLGRABERs Überlegungen zur prospektiven Einschätzung einer tragfähigen Kommunikation - als Basis des therapeutischen Prozesses - von großem Interesse. In Gegenüberstellung zu seinem zentralen Fallbeispiel wird zum gleichen Grundproblem der Versuch gemacht, andere Wege der prognostischen Orientierung herauszuarbeiten, die hier das neue Konzept der Patientenentscheidung in den Mittelpunkt stellen. DANTLGRABER schildert einen Ausschnitt aus dem Erstinterview mit einer Patientin, die ihn wegen einer schweren depressiven Symptomatik aufsuchte:

"Zu Beginn beherrschte etwas schwer Definierbares, Widerstreitendes die Atmosphäre. Das drückte sich schon in ihrer Erscheinung bzw. ihrem Gehabe, wie sie mein Arbeitszimmer betrat, aus. Die salopp gepflegte, junge schlanke Frau wirkte vordergründig betont intellektuell und emanzipiert, sie signalisierte sexuelle Freizügigkeit. Im krassen Gegensatz dazu ihr Gesichtsausdruck: depressiv, verarmt, blasse Augen, sehr bleich. Als sie sich setzte, wirkte sie wie erstarrt. Sie sagte

nichts, und auch ich erlebe mich wie gelähmt: in der Interaktion war ein völliger Stillstand. Plötzlich, für mich ganz unerwartet, fragte sie mich, ob sie hier rauchen dürfe. So war ich selbst überrascht, daß ich, der Zigarettenrauch im Arbeitszimmer nicht schätzt, ebenso schnell zustimmte. Ich gab einem inneren Gefühl nach, daß ich ihr dies auf keinen Fall abschlagen dürfe und auch ein Versuch, ihren Wunsch irgendwie zu problematisieren, höchst unangemessen wäre. Erst jetzt begann sie über ihre Symptomatik zu sprechen. Dabei ergab sich für mich ein Widerspruch: während die Patientin inhaltlich vermittelte, wie sehr sie Hilfe suche, wie sehr sie auf eine Therapie angewiesen sei - also intellektuell höchste Abhängigkeit signalisierte - löste sie bei mir ganz andere Gefühle aus. Obwohl ich objektiv von der Schwere ihres Leidens überzeugt war, fehlte mir emotional die Überzeugung. Ihr heftiger Redeschwall, vorgebracht in einer harten, "spitzen" Sprache, löste defensive Gefühle bei mir aus, die mich aggressiv machten. In dieser Situation vermied ich es, irgendwie zu intervenieren. Meine durch ihren Redeschwall ausgelöste Defensive nutzte ich stattdessen, mich mit meinen eigenen Gefühlen zu beschäftigen, die ich während des Zuhörens hatte. Neben die aggressiven Gefühle schoben sich andere, die sich zu Phantasien und schließlich Gedanken verdichteten. Nicht nur aufgrund ihrer Selbstinterpretation verstärkte sich mein Eindruck - wieder im Gegensatz zu meiner "objektiven" Einstellung, derzufolge ich die Patientin von Anfang an als sehr therapiebedürftig ansah - daß ich gar nichts für die Patientin tun könne. Dieses Gefühl weitete sich

aus, ich möchte sagen in regressiver Weise, so daß ich mich ganz leer fühlte - ausgelaugt und unfähig, etwas zu geben. An dieser Stelle setzte bei mir ein Bedürfnis ein, die beiden in mir widerstreitenden Gefühle - verkürzt gesagt: die Aggressivität und die Leere - zu reflektieren. In ihrer aggressiven Sprache - die zuerst meine Gegenaggressivität, dann aber Leere auslöste -, begann ich, ihren ubw. Impuls zu erkennen, mich als "reich an Objekten" (z.B.: ich habe viele Patienten, sie nicht einmal einen Therapeuten usw.) beneideten Analytiker leer zu machen. Ihren aggressiven Affekt mußte sie aber abspalten, weil er ihre Primärbeziehung bedrohen würde. - Und an dieser Stelle, so scheint mir, entschied sich der Verlauf des Interviews. In der momentanen Interaktion ging es zweifellos um ihre Aggressivität infolge ihres Neides. Hätte aber bei mir die defensive Gegenaggressivität obsiegt, wäre es vielleicht zu einer Deutung ihres Neides gekommen. In dieser Situation gelang es mir aber, mich nochmals in das Gefühl der Leere zu versetzen, das ich als ihr hinter ihrer Aggressivität verborgenes eigenes Gefühl erkannte, und ich deutete ihre Leere und Hilflosigkeit angesichts einer von ihr phantasierten "vollen", "reichen" Umwelt. Darauf berichtet die Patientin bitter, daß sie und ihre Geschwister nie Mutterliebe erfahren hätten. Deshalb habe sie sich auch sehr bald ihres (psychodynamisch wichtigen) 2 1/2 Jahre jüngeren Bruders angenommen, damit wenigstens er das Defizit an mütterlicher Liebe und Zuwendung durch sie kompensieren konnte. Etwas Stolz fließt ein, als sie erzählt, wie sie ihn vor den Angriffen der Mutter schützen konnte... Nach meiner Intervention erlebte ich Inhalt und begleitenden Affekt nicht mehr wie zu Anfang als Widerspruch.

Im weiteren Verlauf - auf den ich hier inhaltlich nicht mehr eingehen möchte - intensivierte sich die Beziehung. Ich erfuhr noch vieles aus ihrem Leben, und es wurde ein reges Interview, wobei mir genug "Raum" blieb, während des Zuhörens meinen aktuell entstandenen marginalen Phantasien nachzuspüren. So zogen z.B. bei mir Phantasien über eigene Erlebnisse auf dem Lande auf, als sie von ihrer Kindheit, die sie auf dem Lande verbracht hatte, erzählte - usw... In diesem Zuge konnte ich die Patientin zunehmend besetzen und ihr größeres persönliches Interesse entgegenbringen. Das Interview klang im wesentlichen getragen von einer "milden" Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung aus" (DANTLGRABER 1982, S. 219 f).

Wird der Interviewverlauf nachträglich interpretiert, dann erhält die Verarbeitung der Gegenübertragung entscheidende Bedeutung. Erst nachdem die sadistisch-masochistische Abwehrformation hinterfragt wurde, konnten sich Anteile einer warm-verständnisvollen Therapiebeziehung aufbauen. Signale dieser unbewußten Kommunikation ("Begegnung") bilden gleichzeitig die Voraussetzung für eine positive subjektive Indikation. DANTLGRABER gibt unter Anwendung der gewohnten psychoanalytischen Raster die folgende Zusammenfassung:

"Was hat sich ereignet? Ich fasse es in kurzen Worten zusammen. Den anfänglichen Stillstand in der Beziehung interpretiere ich als "aggressiven Block": Die durch ihren Neid angeregte Destruktivität, die sie abwehren mußte, überschwemmte und blockierte zu Beginn die Beziehung. Indem sich die Patientin eine Zigarette anzündete, schützte sie mich vor ihrer oralen Gier. Meine unwillkürliche Zustimmung zum Rauchen würde ich als

"konkretistische Begegnung" bezeichnen. (Im Rauchen ist ihr oraler Angriff auf die Brust ebenso enthalten wie der - im Sinne einer Kontamination von Mutter- und Vaterimago - auf den Phallus. Spätere psychodynamische Überlegungen ließen ihr Rauchen als eine im Sinne der herrschenden Triebmodalität orale Inkorporation des väterlichen Phallus verstehen, die konkretistisch eine ungenügend erfolgte Introjektion des Vaters als gutes drittes Objekt zur Bewältigung der depressiven Position ersetzen sollte). Indem ich dieses Stück Abwehr mitmachte, ermöglichte ich erst, daß sich das Gespräch entfaltete. Ein weiterer relevanter Faktor ist nun, daß ich nicht - wie es meinen Gefühlen auch entsprach - auf eine sado-masochistische Beziehung einging, sondern mich von ihr "berauben", mich "leermachen" und dennoch nicht "zerstören" ließ. Nun ging es aber darum - im Sinne des "empathischen Drittenbezuges" - die in der konkreten Szene sich abspielende Interaktion aus dem exzentrischen Standpunkt zu reflektieren. Erst dies ließ mich die widerstreitenden Gefühle als konkordante bzw. komplementäre Identifikationen verstehen, wobei noch zu berücksichtigen ist, daß hier - wo es sich um Verhältnisse handelte, in denen die projektive Identifikation vorherrschte - je nach der bezogenen Abwehrschicht es auch zu einer "Drehung" von konkordanter und komplementärer Identifikation kam. Schließlich erfolgte die Probedeutung, die aus der konkordanten Identifikation in Form einer Beschreibung ihrer situativen Befindlichkeit entworfen wurde, die es der Patientin ermöglichte, eine Abwehrschicht (die sado-masochistische Ebene) zu unterlaufen. Erst jetzt kam es zu einer "eigentlichen" Begegnung zwischen der Patientin und mir, die dann schließlich zur Basis der positiven subjektiven Indikation wurde" (DANTLGRABER 1982, S. 220).

Während in DANTLGRABERs Konzeption die gefühlsbetonten Vorstellungsbilder des Analytikers die kommunikative Funktion zu übernehmen suchen, verweist die vorliegende Arbeit auf die Möglichkeit, einen Kommunikationszusammenhang herzustellen, indem eine gemeinsame kognitive Orientierung über den Sinn der Therapieentscheidung herbeigeführt wird. Diese Aktivität fördert eine kooperative Übergangsaktivität, bei der intellektuelle wie affektive Anteile wirksam sind.

Nach den hier entwickelten Vorstellungen kann der Therapeut den Verlauf der Vorgespräche auf der Ebene eines Kulminationspunktes der Therapieentscheidung mithören und den lebenspraktischen Sinn dieser Entscheidung mit-erarbeiten. Gegebenenfalls wird er das neue theoretische Modell als einen nach seiner Beurteilung wesentlichen Erfahrungszusammenhang einführen. Auf diese Weise kann ein von beiden Partnern psychisch besetzbarer Kooperationsansatz gebildet werden, der davon ausgeht, daß der Patient für sein ihm nicht überschaubares Therapieinteresse einen Interpretationswunsch entwickelt.

Dieser Ablauf - unter Verwendung des neuen theoretischen Modells über die Patientenentscheidung - ist in ersten Schritten bereits bei der Darstellung des Fallbeispiels 1 (S.90) entwickelt worden. Der Bericht endete auf S.92 mit der Thematisierung der Beziehungsabbrüche. Herr S. antwortete kurz und abweisend: "Drei Beziehungen haben eine Rolle gespielt, alle sind in die Brüche gegangen, ich weiß nicht, aus welchen Gründen, fragen Sie mich nicht, damit bin ich total überfordert." Ich fragte trotzdem nach, es ließ sich gemeinsam thematisieren, daß die zerbrochenen Beziehungen etwas mit nicht geführten Auseinandersetzungen zu tun haben. Ich nahm dann die Frage nach den Beziehungen wieder auf, indem

ich Herrn S. darauf hinwies, daß ich im Umklaren sei, ob er heute allein oder in einer Partnerschaft lebe. Für mein Gefühl "widerwillig-trotzig" berichtete Herr S., daß er eine neue, seit zwei Jahren bestehende Beziehung zu einer Frau habe, an der er stärker hängen würde als an den früheren Beziehungen. Fast ein wenig schwärmerisch berichtete er über Eigenschaften dieser Frau, ihre Wärme, ihre Zuverlässigkeit, wie wichtig ihm selbst diese Zweisamkeit sei. Herr S.: "Seitdem M. in Bremen ist, geht es mir besser." Etwas verdutzt fragte ich, wo sie denn vorher gewesen sei und erfuhr, daß M. im Juli 1978 - aus Süddeutschland kommend - zu Herrn S. nach Bremen gezogen sei. Ungefähr drei Wochen später hatte Herr S. sich zu Vorgesprächen angemeldet. Als ich auf diesen möglichen Zusammenhang hinwies, sagte Herr S.: "Eigentlich ist mir das ja ganz klar, daß ich unheimlich Angst habe, daß auch diese Beziehung wieder kaputt geht..."

Bei dieser Schilderung wirkte der Patient deutlich emotional bewegt und es stellte sich für einen Augenblick ein nachdenkliches übereinstimmendes Schweigen ein. Ich versuchte daraufhin mein Verständnis zu verbalisieren und auch mein Nachempfinden, daß es wohl recht schwierig sei mit der Freundin über die Verlustangst zu sprechen. Herr S. stimmte zu. In diesem Augenblick war m.E. das Zustandekommen der Kooperation entschieden. Zumindest von mir wurde dieser Verlauf als wichtiger Anhaltspunkt dafür festgehalten, daß der Patient und ich eine Beziehung herstellen können, die es möglich macht, einen zentralen Konfliktkreis hermeneutisch aufklärend zu betrachten. Während der Patient sonst eine überwiegend defensiv-abweisende Haltung einnahm, gelang es über die partielle Reflexion seines

Therapieinteresses eine depressiv-anlehrende Erwartungshaltung auszumachen, auf die ich mich kooperativ beziehen konnte. Diese Konstellation läßt sich auch dadurch kennzeichnen, daß beide Partner die Besetzung eines gemeinsamen Themas im Ansatz erleben konnten.

Die vermutlich häufig kooperationsbestimmende Bedeutung des "empathischen Drittenbezuges" (vgl. DANTLGRABER 1982, S. 214) kann mit Hilfe des folgenden Fallbeispielles noch weiter ausgeführt werden. Im wesentlichen geht es dabei um die Überlegung, daß alle Erfahrungsbestände des Analytikers - damit auch die Theorie über einen Kulminationspunkt der Therapieentscheidung - zur Sicherung der therapeutischen Zusammenarbeit eingesetzt werden können. Die neue Konzeption eröffnet darüber hinaus eine Perspektive, nach der Schwankungen und Abbrüche im therapeutischen Interesse des Patienten begleitbar erscheinen. Dadurch kann eine Konsolidierung im Gefühl der Sicherheit einer therapeutischen Unterstützung erreicht werden, die den Ängsten des Patienten gegenüber Beziehungsauflösung bzw. Beziehungsverlust entgegensteht.

Fallbeispiel 7

Es handelt sich um eine 35jährige Patientin - Frau L. - mit einer Häufung von verschiedenen Symptomen. Dazu gehören: Angstzustände, Kopfschmerzen, Herzschmerzen, Schwindelanfälle, starkes Schwitzen u.a.. Die Symptomatik besteht seit der Verheiratung der Patientin mit ca. 25 Jahren und hat sich ohne große Schwankungen bis zum Zeitpunkt des Analysebeginnes gehalten.

Die Beurteilung der Neurose nach den metapsychologischen Gesichtspunkten der Psychoanalyse war recht gut zu übersehen, insbesondere war die pathologische unbewußte Rollenzuschreibung der Patientin durch ihre Eltern seit frühester Kindheit deutlich. (Stichwort: "Mach mal ein bißchen zu, es wird schon wieder dunkel.") Da die Arbeit des Verfassers über eine Theorie der Patientenentscheidung zu dem Zeitpunkt der ersten Vorgespräche noch nicht begonnen hatte, war diese Ebene zunächst nicht in den Dialog einbezogen. Als potentiell gemeinsames Thema (empathischer Drittenbezug) formulierte ich zunächst den immensen Leistungsdruck der Patientin, ihre Perfektionsphantasie und die wahrscheinlich damit verbundene hohe Kränkbarkeit. Die Patientin wirkte nicht uninteressiert, verwies allerdings etwas abwehrend darauf, daß eigene Überlegungen und Anmerkungen des Hausarztes bereits in diese Richtung geführt hätten, allerdings sei alles nicht so ganz klar, insbesondere nicht die genauen Zusammenhänge zur Lebensgeschichte und den Anforderungen der Eltern.

Die weiteren Vorgespräche, die Verabredung der Aufnahme einer Therapie, die Antragstellung bei der Krankenkasse verliefen ohne auffallende Schwierigkeiten. Ca. 2 Monate nach Beendigung der Vorgespräche teilte Frau L. mit, daß sie keine Therapie mehr benötige. Auf meinen Vorschlag wurde ein Termin erneut verabredet, um die veränderte Situation zu klären. In dieses Gespräch wurde der in der Arbeit geschilderte Erfahrungszusammenhang durch Nachfragen nach der ursprünglichen Therapieentscheidung eingeführt. Diese hatte nach dem Eindruck der Patientin und des Therapeuten folgenden Hintergrund:

Frau L. war Mitarbeiterin in der Firma ihrer Eltern, in der ihr Mann gleichzeitig als Geschäftsführer tätig war. Zu einem Zeitpunkt, als sie sich selbst sehr schlecht und krank fühlte, geriet sie in eine erstmalige heftige Auseinandersetzung mit ihrem Vater. Dieser drohte mit dem Rauswurf des Mannes und der Enterbung der Tochter und leitete die ersten Schritte dazu ein. In dieser Situation meldete sich die Patientin. Es wurde deutlich, daß sich diese Patientin für eine Therapie interessierte, weil sie ein Existenzrisiko bewältigen mußte, das sich nicht auf das Verständnis des eigenen Krankheitsprozesses beschränkte. Hingegen war ihre gesamte Lebensgrundlage - wirtschaftliche Sicherheit, Klassenlage, familiäre Beziehungen - zumindestens gefährdet, möglicherweise vernichtet. Als die Auseinandersetzung mit dem Vater sich schrittweise beruhigte, zog die Patientin ihr Therapieinteresse zurück und meldete sich ab. Auf diese Neuinterpretation reagierten die Patientin und ich gleichermaßen betroffen. Dieses gemeinsame Erleben ließ sich ansprechen als Widerspruch zwischen zwei Interpretationsmöglichkeiten. Die Patientin sah zunächst das Leiden im Zusammenhang zu ihren Symptomen im Vordergrund ihres Therapieinteresses, hielt dann jedoch die existentielle Bedrohung für wirksamer. Erst diese eröffnete die Möglichkeit für eine psychotherapeutische Unterstützung. Nach einigen Überlegungen über die rückzugsorientierte Kränkbarkeit der Patientin äußerte sie dann die Vermutung, daß ihre größte Angst wohl gegenüber Abhängigkeiten bestünde, insbesondere gegenüber verfügenden Autoritäten. Der Wunsch nach Klärung der Hintergründe mobilisierte wiederum stärker anlehrende Gefühle zum Therapeuten.

Wie läßt sich der Unterschied zu den ersten Vorgesprächen fassen? Ich hatte von Beginn an den Eindruck, daß ich mit der Patientin einen psychoanalytischen Therapieprozeß beginnen könnte, obwohl ich ihre Abhängigkeitsängste und die damit in Verbindung stehende Ambivalenz zur Therapie durchaus wahrnahm. Ich glaubte, die Patientin in der Bearbeitung ihrer unbewußten Konflikte unterstützen zu können, war auch der Meinung, diese mögliche Hilfe einfühlsam zu vermitteln. In der nachträglichen Betrachtung erscheint es für mich vorstellbar, daß eine noch heute sehr präsente Gegenübertragungsphantasie nicht ausreichend reflektiert wurde, verbal vielleicht so faßbar: "Sie (die Patientin) kommt an einer Analyse nicht vorbei, ihr geht es sehr schlecht und sie hat schon so viel durchprobiert." Vermutlich hat diese Dimension von Übertragung-Gegenübertragung die Patientin bei der Wahrnehmung einer möglichen sicheren Kommunikation gestört und hat sie veranlaßt, den Kontakt zu blockieren. (Wahrnehmung der potentiellen Kränkung und nicht der möglichen Sicherheit.)

Nun mag die Patientin meinen Rückruf und den Vorschlag für einen weiteren Termin durchaus auf einer Ebene der Einmischung oder sogar Verfügung empfunden haben. Allerdings zeigt dann der weitere Verlauf, daß über die Neuinterpretation des Therapieinteresses die Patientin mit einer Konfliktkonstellation konfrontiert ist, die von ihr und mir gemeinsam besetzbar wird, wodurch ein stabilerer Kooperationswunsch entsteht als gegenüber den ersten Vorgesprächen.

Nach diesen Überlegungen läßt sich in Abgrenzung zu DANTLGRABERS Konzept der hier entwickelte Ansatz über

die Herstellung einer kooperativen Beziehung nach drei wesentlichen Voraussetzungen zusammenfassen, die eine einverständliche kognitive Orientierung über die Therapieentscheidung herbeiführen.

1. Der Patient hat ein Anliegen, das Bedingungsgefüge seines Therapieinteresses in Erfahrung zu bringen, er hat einen Deutungswunsch.
2. Der Analytiker hat ein ebensolches Deutungsinteresse, da er Identitätsbildungen (die eigene und die des Patienten) unterstützen will.
3. Über Deutungswunsch und Deutungsinteresse lassen sich produktive therapeutische Ansatzpunkte entwickeln.

Diese Gesichtspunkte werden in den folgenden Abschnitten weiter ausgeführt und zeigen auch die Grenzen der neu vorgelegten Interpretationsebene.

3. Der Deutungswunsch des potentiellen Patienten für die Dimensionen seiner Entscheidung

Die im 3. Kapitel dargestellten psychoanalytischen Konzepte hinterfragen die manifesten Einstellungen und Verhaltensweisen des Patienten nach ihren latenten Verursachungen. Das Psychotherapieinteresse wird dementsprechend festgelegt als Folge regulatorischer Vorgänge zwischen verschiedenen psychischen Instanzen, die der Analytiker durch die spezifische Form seiner Wahrnehmung und seines Verarbeitungsmodells präzisieren kann. Demgegenüber geht der vorliegende Ansatz davon aus, daß das Psychotherapieinteresse des Patienten erst dann verständlich werden kann, wenn es in den Sinnzusammenhang der individuellen Lebensgeschichte einzuordnen ist. Die mögliche Unklarheit dieser Entscheidung veranlaßt den Patienten, Gedanken und Konzepte zu entwickeln, den eigenen Lebenszusammenhang - die eigene Identität - herzustellen, d.h. die eingetretene Veränderung seiner Konfliktlösungsversuche neu zu interpretieren. Unter dieser Perspektive hat das Therapieinteresse keinen von außen feststellbaren Sinn, sondern gewinnt ihn erst dadurch, daß die Integrationsarbeit des Patienten ein bestimmtes Verständnis festlegt (vgl. z.B. BARTELS 1979).

Einige der genannten Beispiele machen das Interesse an der eigenen Geschichte offensichtlich und lassen erkennen, daß die zuerst nicht mögliche Integrierbarkeit der Therapieentscheidung zu einer Interpretation auffordert (siehe u.a. Fallbeispiel 1 und 3). Diese Konstellation erlaubt eine zweigleisige Bearbeitung,

allerdings mit wesentlich unterschiedlichen Schlußfolgerungen. Das folgende Fallbeispiel 7 umreißt die möglichen Differenzierungen für die Etablierung einer psychotherapeutischen Kooperation, je nachdem ob die bekannten psychoanalytischen Konzepte über die Psychodynamik neurotischer Erkrankungen angewandt werden, oder ob - ausgehend vom Deutungswunsch des Patienten für seine Therapieentscheidung - eine lebensgeschichtliche Perspektive zur Ausdeutung seiner Krisenverarbeitung zugrundegelegt wird.

Fallbeispiel 7

Herr K. - 34 Jahre alt, ledig, kaufmännischer Angestellter - meldet sich zu Vorgesprächen an. Er möchte seine psychoanalytische Therapie fortführen, die er nach ca. 2 1/2 Jahren wegen des Umzugs seines Analytikers unterbrechen mußte. Herr K. schildert, daß er unter depressiven Verstimmungszuständen leide, einem Gefühl "innerer Leere", er fühle sich häufig "wie ein Roboter". Insbesondere erlebe er diese Gefühle im Zusammenhang mit Freundinnen, von denen er zunächst sehr angetan sei, daraufhin viel an Gefühl, Engagement und Hilfe investiere, dann jedoch jedes Gefühl verliere. Eine sexuelle Beziehung könne er nicht oder nur sehr unbefriedigend eingehen, entweder stelle sich ein massives Unlustgefühl ein oder Gedanken zielgerichteter Abneigung bzw. Entwertung gegenüber seiner Partnerin.

Die vorausgegangene Analyse hatte reichhaltige Erfahrungen über den Hintergrund dieser Symptome vermittelt, wobei eine frühe Idealisierung der Mutter und eine unverarbeitete Enttäuschung über ihren Verlust bei der

Geburt der Schwester im Mittelpunkt gesehen wurde. Die Entwicklung der Übertragungsneurose war so weit gediehen, daß der Therapeut die Rolle der idealisierten Mutter zugeschrieben bekam und daß an vielen einzelnen Situationen bereits die Enttäuschungsaggression des Patienten bearbeitet werden konnte. Der Patient fühlte sich zeitweise besser, sein Analytiker und er hielten die Analyse jedoch für nicht abgeschlossen. Da mir aufgefallen war, daß zwischen der Anmeldung von Herrn K. und dem Umzug seines Analytikers etwa ein halbes Jahr vergangen war, fragte ich ihn nach seiner aktuellen Therapieveranlassung.

Herr K. antwortete¹: "Das halbe Jahr ist mir auch aufgefallen, so bin ich eigentlich sonst nicht bei meinen Entscheidungen."

Ich: "Erinnern Sie Ihre Gefühle bei Ihrer ersten Anmeldung?"

Herr K.: "Eine - aus jetziger Sicht - wohl gute Beziehung ist kaputtgegangen, da bin ich wie wahnsinnig auf Frauenjagd gegangen, das brachte mir überhaupt nichts, da wurde mir erst bewußt, daß etwas mit mir wohl nicht stimme. Als ich mir dies überlegt hatte, habe ich Herrn A. angerufen, von dem eine Bekannte mir erzählt hatte."

Ich: "Wie war es denn jetzt nach der Unterbrechung der Analyse?"

Herr K.: "Na ja, auf einen kurzen Nenner gebracht, die Frauen geben sich nach wie vor fast die Klinke in die Hand, ein unerträgliches Zustand für mich, ich will eine Beziehung und denke doch sofort, daß keine es wert ist. Oder ich nicht wert bin,

¹Wiedergegeben werden hier nur die in dem darzustellenden Zusammenhang wesentlichen Ausschnitte.

weil ich verlassen werde. Vor der ersten Analyse war das anders, diese Beziehung wollte ich behalten, obwohl sie schwierig war, aber ich hatte keine Chance. Jetzt bin ich wohl resignierter oder verbissener."

Ich: "Wegen der Unterbrechung auch enttäuscht von der Analyse und besorgt, daß auf etwas zu hoffen doch keinen Sinn hat."

Die unterschiedliche Ausgangssituation vor der ersten und der zweiten Analyse wurde über einige Stunden zentrales Thema. Die aktuelle Resignation im Wunsch nach harmonischen Beziehungen und die Kränkung über den Verlust des Therapeuten verdeutlichte sich zunehmend. Mir gegenüber reagierte Herr K. überwiegend defensiv-angespannt, in der Erwartung, daß ich auch "umziehe", obwohl ich der Aufnahme einer analytischen Psychotherapie längst zugestimmt hatte. Weiterhin blieb mir wichtig zu thematisieren, daß ich unsere Zusammenarbeit für schwierig hielt, da viel Enttäuschung und wenig Hoffnung von uns bearbeitet werden müsse. Herr K. wurde zunehmend nachdenklich, da er einerseits eine "Übertragung" seiner Gefühle auf mich anerkannte (Parallelitäten zur Mutterbeziehung und zum ersten Therapeuten), aber auch wahrnahm, daß ich auf ihn einging, bemüht war mitzudenken und mein Unterstützungsangebot nicht zurückzog.

Wie ist dieser Verlauf im vorliegenden Diskussionszusammenhang zu beurteilen? Der Therapeut formuliert in den Vorgesprächen eine für beide Partner spürbare Unsicherheit in der aktuellen emotionalen Erwartung gegenüber der therapeutischen Kooperation. Er rückt die Psychotherapieentscheidung des Patienten in den Mittelpunkt gemeinsamer Überlegungen. Dabei stellt sich heraus, daß der Patient seine erste Therapieentscheidung in seinen Lebenszusammen-

hang integrieren kann, während ihm die Wiederaufnahme teilweise befremdlich erscheint. Über diesen Bruch entwickelt der Patient einen Deutungswunsch, der zum Ausgangspunkt wird, die Patienten-Therapeuten-Beziehung neu zu definieren bzw. in den Residualen eines Kooperationsbündnisses zu stabilisieren.

Orientiert der Psychoanalytiker sich weniger an den dem Patienten zugänglichen Stadien der Krisenverarbeitung, wäre der folgende - jetzt vereinfacht konstruierte - Verlauf denkbar. Der Analytiker registriert die wesentliche Konfliktkonstellation des Patienten als eine Idealisierungs-Enttäuschungs-Aggressions-Folge. Gleichzeitig nimmt er ausreichend positive Indikationskriterien wahr, die ihn bestärken, einer Fortführung der Therapie zuzustimmen. Jetzt kann er darauf setzen, daß in einem regressiven Behandlungsprozeß - unter Verwendung der wesentlichen psychoanalytischen Konzepte wie Übertragung und Widerstand - einzelne Gefühle und ihre konflikthafte Verarbeitung sich präzisieren und sich daraufhin u.a. unter dynamischer und genetischer Perspektive bearbeiten lassen. Der Behandlungsprozeß steht somit primär unter der Vorstellung, daß sich die Verdeutlichung der Idealisierungs-Enttäuschungs-Aggressions-Folge nur dann erreichen läßt, wenn die Regressionsentwicklung die Wiederholungszwänge und Widerstände des Patienten identifizieren und seiner Selbstwahrnehmung anbieten kann. Fehlt dabei jedoch eine für die Behandlung notwendige geborgene Atmosphäre, dann könnte in dem letztgenannten Fallbeispiel womöglich die Folge sein, daß es nicht zu einem koordinierten Wirken der psychoanalytischen Behandlung kommt, da die Einbettung der Deutungsvorgänge in eine ausreichend sichere Patient-Analytiker-Beziehung nicht vorhanden oder nicht aufgebaut worden ist.

Demgegenüber versucht das Interesse an der Psychotherapieentscheidung und damit am Stadium der Krisenverarbeitung auszumachen, ob über eine zunächst bestehende Unklarheit oder Nicht-Integrierbarkeit der Entscheidung ein Deutungswunsch des Patienten wahrzunehmen ist. Ist dies der Fall, dann arbeiten beide Beteiligten mit dem Deutungswunsch des Patienten und nicht gegen seinen Deutungswiderstand. Dadurch werden die depressiv-anlehnenden Potentiale angesprochen, entwickelt oder verstärkt, die wiederum als umfassendes Geborgenheitsgefühl die regressive Entwicklung des Therapieprozesses absichern können.

"Wenn die Regression auch eine unvermeidliche Begleiterscheinung des analytischen Prozesses ist, muß sie doch in Grenzen gehalten werden. Der Patient muß seine Fähigkeit zum Urvertrauen und zur positiven Ich-Identifizierung bewahren und verstärken, um den analytischen Prozeß zu erleichtern, der von einer Regression abhängt, die potentiell im Dienst des Ichs steht... Insofern als ein Patient die Analyse beginnt, wenn er schon in einem Stadium der drohenden oder partiellen Ich-Regression ist, kann der analytische Prozeß nicht eingeleitet werden, bevor die Grundfähigkeiten des Ichs, die eine Voraussetzung echter Einsicht und affektiven Lernens sind, wieder hergestellt worden sind. Dieses Nahziel erfordert eine neue positive Objektbeziehung, die sich zunächst als Bibrings Konsolidierung beschreiben läßt. Kurzum, der Analytiker hilft dem Patienten, zumindest in der analytischen Beziehung die Ich-Fähigkeiten wiederzugewinnen, die sich schon früher in Bereichen außerhalb des neurotischen Konflikts als adäquat erwiesen haben..." (ZETZEL 1974, S. 207).

Diese Einschätzung gewinnt ihre besondere Bedeutung dadurch, daß sie bei der Frage der Analysierbarkeit eines Patienten nicht bei einer statischen Einschätzung der Ich-Funktionen stehen bleibt, sondern darauf verweist, daß das Anfangsstadium einer psychoanalytischen Therapie insbesondere der Herstellung einer stabilen Objektbeziehung in einer Zweiersituation dient. Die in der vorliegenden Arbeit dargestellten Beispiele konnten unter dieser Perspektive aufzeigen, daß die besondere Beachtung der Psychotherapieentscheidung des Patienten und der Deutungswunsch, diese Entscheidung in seine Identität zu integrieren, Möglichkeiten anbieten, eine positive Ich-Identifizierung¹ herzustellen.

¹ Das Konzept der Ich-Identifizierung besagt - auf der Ebene einer Mutter-Kind-Beziehung - daß über die Anpassungsleistung der Mutter vermittelt wird, ob das Ich von Angst oder Depression bestimmt wird, oder von der Möglichkeit, spezifische Ich-Fähigkeiten zu integrieren. Übertragen auf die Patienten-Therapeuten-Beziehung entstehen durch die sich anpassenden Reaktionen des Analytikers Signale, die sich an die Ich-Integrationsfähigkeit des Patienten wenden und dabei von der Erwartung ausgehen, daß der Patient neue Identifikationen im Rahmen positiver Objektbeziehungen aufnehmen kann. Im weiteren Rahmen dieser Überlegungen sind auch die Konzepte von Interesse, die in der psychoanalytischen Behandlungssituation stabile Bereiche wie "Arbeitsbündnis" (z.B. GREENSON 1973), "therapeutische Allianz" (LOCH 1967a, 1974) oder das "Reale" der Therapiebeziehung (MORGENTHALER 1978) hervorheben.

4. Die Funktion der Patientenentscheidung aus der Sicht des Psychoanalytikers

Die Diskussion der wesentlichen Parameter der psychoanalytischen Behandlungstechnik und die Rolle des Psychoanalytikers in der therapeutischen Interaktion findet seit Jahrzehnten große Beachtung (Zusammenfassungen z.B. bei SANDLER, DARE und HOLDER 1973, THOMÄ 1977, 1981; KLAUBER 1980 usf.). Insbesondere die Überlegungen und Neuorientierungen im Verständnis der Gegenübertragung (initiiert durch A.u.M. BALINT 1939 oder HEIMANN 1950) und die Kontroversen in der Einschätzung der therapeutischen Aktivität (ausgehend von FERENCZI 1919, 1920, 1926) führten zu Fortschritten in der Erforschung der psychoanalytischen Situation. Im Rahmen dieser vielschichtigen Diskussionslinien geht die vorliegende Arbeit von der Voraussetzung aus, daß der Umgang mit spezifischen psychoanalytischen Parametern wie Übertragung und Widerstand für die Steuerung des Behandlungsverlaufes nur sinnvoll sein kann, wenn eine ausreichende Sicherheit in der Beziehung zwischen Patient und Analytiker erkennbar ist. Insbesondere bei Patienten mit geringerer Ich-Stärke sind etwa folgende Therapiesequenzen zu beachten und in die Reflexion der therapeutischen Kooperation einzubeziehen:

"1. Phase

Vom Patienten her gesehen: paranoid-schizoides Verhalten mit Fluchtendenzen; Phänomene der pensée opératoire und der projektiven Reduplikation. Aufgabe des Therapeuten: Herstellung einer Objektbeziehung durch Einstellung im Sinne primärer Mütterlichkeit 'taking care', 'holding function', Sorge für Reizschutz, Annahme der Körperlichkeit über die Symptomatik, Umsetzung spontaner Bewegungen, gemischten Ausdrucks von Affekten und Gefühlen des Patienten in Sprache.

2. Phase

Vom Patienten her gesehen: Zeichen primitiver Identifikation, Zeichen des sich etablierenden Übergangsobjekts, Loslösungs- bzw. Individuationsschritte, Objektverwendung. Sorge um das Objekt, frühe Schuldgefühle; im zweiten Abschnitt Zeichen für Internalisierungsprozesse, be-

ginnender Umgang mit Triangularität und Hinweise für eine noch labile depressive Position. Parallel dazu vorübergehende Symptomverstärkungen. Aufgabe des Therapeuten: die Einstellung primärer Mütterlichkeit verlassen, sich benutzen lassen, Trennungsschritte, die oft szenisch agiert werden, im Sinne der Progression verstehen und die Wiederannäherung zulassen.

3. anale Phase

Vom Patienten her gesehen: Zeichen von Ambivalenz, Machtproben, Trotz und gezielten objektal gerichteten Aggressionen. Zum zweiten Abschnitt dieser Phase werden zusätzliche Probleme mit der Phallizität und der Urethralerotik sichtbar. Für den Therapeuten ergibt sich m.E. jetzt die Möglichkeit, die Behandlung nach klassischem Muster auf der Couch fortzusetzen.

4. ödipale Phase" (Phasen 1-4 zit. n. SCHÜTTLER 1981, S. 123).

Besonders in der ersten Behandlungsphase gelten die hier ansetzenden Fragen den Möglichkeiten und Grenzen der Erkennbarkeit und Herstellbarkeit dieser ausreichend sicheren Objektbeziehung über die Verarbeitungsebenen des Analytikers. Von daher ist er sowohl aufgefordert als auch interessiert, die Potentiale seiner Beziehungsfähigkeit zum Patienten zu erweitern. Ein Schritt in diese Richtung ist die Beachtung und Bearbeitung der Therapieentscheidung des Patienten in ihrem lebensgeschichtlichen Kontext. Die dargestellten Fallbeispiele haben bereits verdeutlicht, in welcher Weise Deutungswunsch des Patienten und Deutungsinteresse des Psychoanalytikers für den Kulminationspunkt dieser Entscheidung ineinanderfassen. Darüber hinaus können einige Differenzierungen zum Deutungsinteresse des Psychoanalytikers ergänzt werden. Auch wenn der bevorzugte psychoanalytische Patiententypus der sogenannte YAVIS-Patient (young, attractive, verbal, intelligent, successful) sein soll, bleibt aus anderer Perspektive auch vertretbar, daß Psychoanalyse ein Behandlungsverfahren für psychische Behinderungen darstellt, die in der

öffentlichen Meinung und Bewertung nicht gerade ein wohlwollendes Interesse auf sich ziehen. Sicher ist der Randgruppenstatus nicht eindeutig und unflexibel festgeschrieben, aber es gibt nach wie vor Zeichen und Widersprüche, die verdeutlichen, daß die traditionellen Prinzipien der Ausgrenzung und Verwahrung nicht nur auf die schwersten und auffälligsten Störungen begrenzt sind. Schreibt man z.B. der staatlichen Sozialpolitik eine zunehmende Tendenz zur Reintegration und Rehabilitation zu (kritisch diskutiert z.B. bei REBELL 1976), so muß man sagen, daß die Organisation der psychotherapeutischen Versorgung diesem Anspruch in nur ungenügender Weise nachkommt (siehe auch S. 19 ff). Die wesentlichen Widersprüche liegen in den nach wie vor nicht ausreichenden Therapiemöglichkeiten - die ohnehin überwiegend von Mittelschichtpatienten in Anspruch genommen werden - und der passiv abwartenden Haltung der Versorgungsträger, die der Isolation psychisch Kranker wesentlich entgegenkommt (vgl. z.B. MOELLER 1972¹).

Auch hinsichtlich der Hoffnung, daß Isolationsmechanismen wenigstens innerhalb der psychoanalytischen Institutionen reflektiert sind, stimmen kritische Positionen auch hier nachdenklich. SCHÜLEIN gibt folgende Zusammenfassung der internen Kritik (ausschnittsweise zitiert):

¹ Die psychoanalytisch interpretierbaren Hintergründe des Randgruppenproblems in ihrer stabilisierenden Funktion für die Angstverarbeitung der Nichtbehinderten wird vielfach diskutiert in der Hoffnung, daß die Reflexion dieser Probleme hilft, die bestehende Ausgrenzung aufzulockern (vgl. z.B. RICHTER 1974).

"Da die Psychoanalyse sich sowohl von den Sozialwissenschaften distanziert hat und hält, als auch bisher selbst kein hinreichend elaboriertes erkenntnistheoretisches Verständnis ihrer Erfahrungsbasis und entsprechende empirische Instrumentarien entwickelt hat, gerät sie zunehmend in unnötige Isolation und unterläßt es, ihre Methodologie den Möglichkeiten entsprechend zu entwickeln. Es gibt daher auch im Bereich der Psychoanalyse - von bestimmten Ausnahmen wie Kinderanalyse abgesehen - keine ausgearbeiteten Forschungsprojekte, geschweige denn -strategien. Auch unterläßt die Psychoanalyse es, ihre eigenen Grundlagen methodisch kontrolliert zu untersuchen und auf diese Weise die Basis für konsequente Weiterentwicklung ihrer Praxis herzustellen. Ganz und gar außer Acht gelassen werden schließlich alle jene Bereiche sozialer Wirklichkeit, die jenseits des Kanons traditioneller Praxis, aber innerhalb der möglichen Reichweite ihrer reflexiven Kompetenzen liegen. Die fehlende Integration in den Kontext wissenschaftlicher Diskussion hat daher ihre Erstarrung und die mangelnde Realisierung ihrer Fähigkeiten zur Folge.

Die psychoanalytische Therapie ist mehr oder weniger kanonisiert. Gegen Versuche, sie zu erneuern bzw. weiterzuentwickeln bestehen starke Widerstände. Man neigt dazu, eklektizistisch zu verfahren und beschränkt sich mehr und mehr darauf, nur noch die technischen Aspekte der therapeutischen Praxis zu untersuchen. Eine solche, ihres negatorischen Potentials beraubte Psychoanalyse gerät in Gefahr zur Anpassungstechnik zu werden, oder, schlimmer noch, völlig zu veralten. Sie ist dann hilflos dem Zugriff gesellschaftlicher Verwertungstendenzen ausgeliefert und degeneriert zum Zeitvertreib mit hohem Tauschwert, was auf beiden Seiten dazu führt, sich zu arrangieren und verunsichernde Erfahrungen gar nicht zuzulassen.

Versäumt wurde eine genaue und systematische Untersuchung im Sinne einer Metatheorie von Psychotherapie, so daß nach wie vor bestimmte Bestandteile der analytischen Therapie mit prinzipiellen und wesenslogischen Aspekten verwechselt werden. Der damit verbundene "Werkzeug- und Methodenstolz" hat darüber hinaus der Sache unangemessene Selektionen zur Folge: Man scheut sich, bestimmte Dinge, die unausweichlich geworden sind, konsequent zu untersuchen, sowohl allgemeine Probleme (wie pathogene Sozialstrukturen) als auch konkrete Fragen (wie die Auswirkung der Tatsache, daß die Psychoanalyse von der Krankenkasse bezahlt wird). Auf der anderen Seite hütet man das eigene Terrain eifersüchtig, ohne allerdings auf die unterschiedlichen Formen der Konkurrenz anders als mit Ignorieren und Abgrenzen zu reagieren" (SCHÜLEIN 1978, S. 52 f.).

Einige der genannten Positionen lassen sich ohne Frage auch kontrovers diskutieren und Entwicklungen herausstellen, die gerade die Auseinandersetzung mit den genannten Krisenpotentialen unterstreichen (vgl. z.B. KUTTER 1977). Allerdings zeigt die hier vorgelegte Neubearbeitung der Patientenentscheidung, daß die Abgrenzungs- und Isolationsmechanismen innerhalb psychoanalytischer Organisationsformen Reflexionsmöglichkeiten ungenutzt lassen, wie sie z.B. durch die Einbeziehung sozialwissenschaftlicher Modellvorstellungen angeboten werden. Allein im Diskussionsrahmen der vorliegenden Arbeit liegen m.E. eine Reihe von Wegen der Neuinterpretation z.B. von Therapieabbrüchen, der Reflexion von Abschlußphasen oder der Verständigung über eine potentielle Wiederaufnahme der Zusammenarbeit. Allerdings bedarf es zur Realisierung solcher und ähnlicher Projekte nicht nur gut klingender Seminarergebnisse und Grundsatzserklärungen (z.B. KÖNIGSTEINER SEMINAR 1981), sondern einer erweiterten isolationshemmenden Diskussionsbereitschaft. Das dafür wiederum besondere Aufrufe notwendig erscheinen, stimmt zusätzlich nachdenklich. BEESE schreibt z.B. zu einem Diskussionspunkt "Was ist die "richtige" Psychoanalyse?":

"Die Diskussion um die Weiterentwicklung angewandter psychoanalytischer Verfahren führte zu der Feststellung, daß der Psychoanalytiker sich nicht nur nach außen, also gegenüber Organmedizinern, Verhaltenstherapeuten und Systemveränderern durchsetzen und rechtfertigen muß, sondern auch sein Handeln nach innen vertreten muß, also gegenüber den Hütern einer ordnungsgemäßen Psychoanalyse, d.h. die zur Behandlung beispielsweise eines Borderline-Patienten notwendige Modifikation des klassischen psychoanalytischen Vorgehens kann dem Therapeuten den Vorwurf einhandeln, keine "richtige" Psychoanalyse mehr zu

machen und kein "richtiger" Psychoanalytiker mehr zu sein. Eine solche Disqualifizierung aus den eigenen Reihen kann durchaus zu einer ernststen Behinderung der Weiterentwicklung angewandter psychoanalytischer Behandlungsmethoden werden. Es wurde deshalb in der Gruppe die Forderung erhoben, die Kritik an nicht-klassischen psychoanalytischen Anwendungen konstruktiv vorzubringen und ihr, sofern sie destruktiv wird, entgegenzuwirken" (BEESE 1981, S. 11 f).

Aus verschiedensten Perspektiven gibt es also gewichtige Argumente, die das Deutungsinteresse des Psychoanalytikers für Isolationsprozesse und Integrationsmöglichkeiten fordert, und zwar in einer Weise, die sowohl über die abstrakte Kennzeichnung dieses Problems als auch über den Verweis an die persönlich verantwortungsbewußte kritische Reflexion seiner therapeutischen Aktivität hinausgeht. So verstanden versucht die vorliegende Arbeit eine "Beziehungserweiterung" in zweifacher Weise. Zum einen verbindet sie ein zentrales Problem der Indikationsstellung und des Therapiebeginns mit einer "psychoanalysefremden", am Selbstkonzept des Patienten orientierten Vorgehensweise. Zum anderen eröffnen sich Möglichkeiten für den Patienten-Therapeuten-Dialog, Beziehungsfähigkeit herzustellen, zu prüfen oder zu erweitern, auf deren Grundlage erst der regressive Therapieprozeß erfolgreich eingeleitet und durchgestanden werden kann.

Diese spezifischen "Hörebene" lassen sich deutlich abgrenzen von den Vorschlägen T. MOSERs (1984), der sich in seinem neuen Buch "Kompaß der Seele" ebenfalls an die kritische Kompetenz des Psychoanalysepatienten wendet. Seine Erfahrungen zur Ausgangssituation der Therapie werden im folgenden Abschnitt diskutiert.

5. Einige Bemerkungen zum "Kompaß der Seele" von T. MOSER, 1984

T. MOSER führt einen Dialog mit dem potentiellen Psychoanalysepatienten - dem unerfahrenen und dem erneut beginnenden - um ihm eindrückliche Erfahrungen darüber zu vermitteln, daß seine genaue Wahrnehmung wichtige Hinweise über das Gelingen der therapeutischen Zusammenarbeit sichtbar macht. Sein Bericht ist hoffnungsvoll bis optimistisch angelegt, er wird offensichtlich von vielen Psychoanalysepatienten gelesen und diskutiert, so daß in einiger Zeit genauere Rückmeldungen von Patienten und Analytikern zu erwarten sind.

MOSER beginnt mit dem häufig zitierten ängstlich-passiv-resigniertem Gesamtbefinden des Patienten:

"Kommt es dann zu einem Erstgespräch, so ist ein nicht geringer Prozentsatz von Patienten aufgrund ihrer Aufregung, ihrer Verwirrung, ihrer Angst und mangelnder seelischer Orientierungsfähigkeit gar nicht in der Lage, sich über die "Bekömmlichkeit" oder die für sie ausreichende Qualifikation des Partners ein Bild zu machen. Sie sind entweder froh, überhaupt jemanden gefunden zu haben, oder sie gehen unbewußt davon aus, einen hohen Preis an Not, Schmerzen und Mißverständnissen zahlen zu müssen, weil sie es nicht anders gewohnt sind. Bei der Suche nach einem Therapeuten funktionieren die verwickelten Gesetze der Partnerwahl ähnlich denen bei der Wahl von Freunden und Ehepartnern. Für manche ist eine Störung der Kommunikation, eine bestimmte Form des Mißverstandenwerdens, der Spannung oder Unklarheit geradezu die Voraussetzung für das Ja zu der Beziehung. Immer wieder habe ich es erlebt, wie Patienten hilflos erstaunt auf die Frage reagieren, ob sie den Eindruck hätten, ich könnte geeignet oder bekömmlich sein für sie.

Sie billigen sich einfach nicht das Recht der Prüfung zu, die Angst vor der Ablehnung nimmt ihnen die Möglichkeit des genauen Hinsehens, oder sie erleben ruhiges Zuhören schon als so überwältigend, daß sie auf ihre Gefühle und Wahrnehmungen gar nicht mehr achten können" (MOSER 1984, S. 10).

Die Schilderung der Diffusität, der Uneindeutigkeit und Widersprüchlichkeit der auftretenden Gefühle ist überzeugend, sie können persönlichkeitspezifisch interpretiert werden oder als typische Reaktionsmuster psychisch Kranker in einer patientenaversen Versorgung. Gegenüber den gewohnten psychoanalytischen Verarbeitungskonzepten - wie biographische Fixierung, Krankheitsmodell, Übertragung und Gegenübertragung - die in den ersten Kapiteln dieser Arbeit dargestellt wurden, festigt MOSER die kritische Kompetenz des Patienten:

"Deine schlechten Gefühle können ein Anzeichen dafür sein, daß du nicht beim Richtigen bist. Sie können aber auch, ausgelöst durch etwas, was dir mißfällt, zum großen Repertoire deiner inneren Wiederholungen gehören, die du jetzt an ihm abhandeln willst. Dann hast du es aber nicht mit einem realen Mangel an seiner Person zu tun, sondern mit einer faustdicken negativen Übertragung. Damit kann er, wenn er gut ist, sicher arbeiten, er verwechselt sich ja nicht mit dem Bild, daß du von ihm hast. Viele Therapien, die mit einer negativen Übertragung beginnen, enden gut. Meistens ist es ohnehin ein Gemisch. Wenn du aber sehr schwankst, ob du bei ihm einsteigen sollst, und wenn deine eher negativen Gefühle sehr stark sind, obwohl du ahnst, daß sie etwas mit Wiederholung zu

tun haben, solltest du dich noch genauer prüfen... Man tut sich oft zu viel an ohne einen gemeinsamen Fundus freundlicher Erfahrung, es sei denn, du ahnst oder spürst hinter den negativen Gefühlen, sei es in seiner Stimme, seinen Augen, woran auch immer, daß du neben allen deinem Mißtrauen einen guten und dich tragenden Kern in ihm entdeckt hast, der dir hilft, dich durch die Dornenhecke zu schlagen" (MOSER 1984, S. 42 f).

Wahrscheinlich werden diese Gedanken die meisten Psychoanalytikerkollegen nachdenklich oder vielleicht auch zweifelnd einstimmen, z.B. hinsichtlich der Überlegung, ob es sich hier mehr um eine Aufmunterung zur kritischen Wahrnehmung handelt oder um die Hoffnung, daß der Patient eine Aufspaltung zwischen Übertragung und persönlichkeitspezifischer Wahrnehmung des Therapeuten errahnen könne, die über seine therapeutische "Bekömmlichkeit" entscheidet. Die Intention der Aufmunterung verdient m.E. die volle Unterstützung, insbesondere wenn dadurch die dialogische Struktur von Therapiebeziehungen gefördert und dementsprechend der Patient zur Zusammenarbeit ermutigt wird. Unter dieser Perspektive erscheint es nicht wichtig, ob ein potentieller Analysepatient MOSERs Hinweise imitierend, langfristig verarbeitet, "real" wahrgenommen oder Übertragungslastig einbringt, wenn er auf einen Therapeuten trifft, der auch diese Ebene unter der Perspektive Ich-Spaltung und Arbeitsbündnis prüft.

Hier verdichtet liegt der wesentliche Unterschied zwischen MOSERs Erfahrungsbericht und dem theoretischen Konzept des Verfassers, der insbesondere die Integrierbarkeit

der Patientenwahrnehmung in den Mittelpunkt stellt. MOSER stützt die kritische Kompetenz des Patienten, ermuntert ihn zu einem Lernprozeß mit seinen eigenen inneren Wahrnehmungen, zielt dann jedoch auf die überwiegend monologische Einschätzung der "Bekömmlichkeit" des Therapeuten. Diese Betonung der individuellen Wahrnehmung und ihrer Konturierung bedeutet nicht, daß MOSER grundsätzlich an der Vernetzung der Patienten-Therapeuten-Interaktion vorbeisieht, trägt hier jedoch die patientenzentrierte Hoffnung gegenüber einer möglichen "Mesalliance". Die vorliegende Arbeit hingegen setzt den Schwerpunkt auf die wechselseitige Einarbeitung subjektiver Erfahrungsbestände, die nicht auf die Wahrnehmung der Patienten-Therapeuten-Interaktion begrenzt ist (existentielle Krise, neue produktive Kraft, soziale Vermittlung des Therapieverfahrens, Theorie des Therapeuten über den Kulminationspunkt der Entscheidung). Über diese Reflexion der Patientenentscheidung wird aufgezeigt, daß durch einen Prozeß der Konkretisierung im Dialog ein gemeinsamer therapeutischer Lernprozeß eingeleitet werden kann, der zusätzliche Orientierungen für die Indikationsstellung und die Anfangsphase der Therapie erkennbar macht. Die Einbeziehung der biographischen Analyse und die Reflexion der Krisenverarbeitung verbessert die Beziehungsfähigkeit zwischen Patient und Therapeut und stärkt eine integrative Kraft, die als sichernder Zusammenhalt gegenüber stark konflikthaften und regressiven Gefühlen wirkt. M.E. läßt sich diese in der vorliegenden Arbeit entwickelte Grundposition auch für spätere Stadien des Therapieprozesses nutzen, z.B. bei therapeutischen Krisen, zur Untersuchung von Abbrüchen und bei der Reflexion der Abschlußphase. Die letztgenannte Station der Zusammenarbeit wird im übernächsten Abschnitt näher untersucht, nachdem zuvor die Begrenzungen des eigenen Konzeptes noch einmal neu zusammengefaßt werden.

6. Spezifische Zugangsmöglichkeiten und Grenzen des neuen theoretischen Modells

In einem kürzlich erschienenen Aufsatz zur diagnostisch-therapeutischen Funktion von Erstgesprächen betonen HOHAGE, KLÖSS und KÄCHELE (1981) die Wichtigkeit des situationsgerechten Einsatzes diagnostischer Mittel. In diesem Zusammenhang untersuchen die Autoren Probleme, die dadurch entstehen, daß in Vorgesprächen bereits therapeutische Bewegungen erzielt werden, auch wenn anschließend der Patient zur Behandlung nicht angenommen, an Kollegen überwiesen oder auf eine Warteliste übernommen wird. Folgende Interviewsituation wird als Beispiel herangezogen:

"Eine 27jährigen ledige Auslandskorrespondentin kommt zu uns wegen depressiver Verstimmungen und einer sehr bunten Körpersymptomatik. Das Gespräch mit der recht unattraktiv gekleideten Patientin ist zunächst bestimmt von einer sehr weitschweifigen Schilderung der Symptomatik, die sie, wie ihren ganzen schlechten seelischen Zustand, vor anderen verbergen möchte, zugleich aber ständig demonstriert. Außerdem erzählt die Patientin in wegwerfender Art von ihrer unbefriedigenden, von verschiedenen gescheiterten Partnerbeziehungen gekennzeichneten Vergangenheit. Mit dieser Form der Schilderung macht sie den Interviewer zunehmend hilflos und ärgerlich - bis sie selbst plötzlich die Angst formuliert, der Interviewer könne denken, sie sei an Hilfe nicht interessiert. Es läßt sich dann im Gespräch klären, daß die Patientin den Interviewer unbewußt vor den Kopf stößt, um sich selbst vor allzugroßen Erwartungen zu schützen - so wie sie das seit ihrer Kindheit gemacht hat. Mit dieser Erkenntnis wird die Patientin we-

sentlich zugänglicher und berichtet in großer Eindringlichkeit über die verfahrenere häusliche Situation, die durch das Zusammenleben mit sehr schwierigen Eltern gekennzeichnet ist. Dem Interviewer gelingt es, ein sehr umfassendes Bild über die abgewehrten Anlehnungswünsche der Patientin sowie über archaische aggressive Impulse zu gewinnen. Da er selbst die Patientin nicht in Therapie nehmen kann, vermittelt er sie an einen anderen, durchaus erfahrenen Therapeuten. Zu seinem Erstaunen hört er wenig später von der Patientin, sie sei dort nicht recht "angekommen", eine Therapie sei abgelehnt worden, und sie wisse jetzt nicht weiter" (HOHAGE, KLÖSS u. KÄCHELE 1981, S. 550).

Die Autoren erklären diesen Ablauf damit, daß der Therapeut seine Diagnostik in zu tiefe unbewußte Schichten vorangetrieben habe, so daß bei der ichschwachen, früh übertragungsbereiten Patientin Anlehnungswünsche verstärkt wurden, auf die er nicht eingehen konnte. Die Ablehnung der Patientin vom zweiten Therapeuten sei von ihr so konstelliert worden, um dem unbewußten Wunsch zu folgen, zum ersten Therapeuten zurückzukehren. Im Sinne der gewohnten psychoanalytischen Interpretationsmuster ist diese Annahme einleuchtend, auch die Vorstellung alternativer unbewußter Hintergründe ist nicht ausgeschlossen und entspricht der Grundannahme der Überdeterminierung und somit der "Vielfacettigkeit" des Verhaltens (vgl. auch S. 44 f). Gegenüber der Ausdeutung unbewußter Verursachungsmuster untersucht die neue Theorie der Patientenentscheidung die Veränderungen in der Krisenverarbeitung. Hier fällt auf, daß die Patientin zunächst in einem Stadium war, in dem der erste Therapeut mit seiner spezifischen Verarbeitung eine größere Aufgeschlossenheit der Patientin und eine Kooperationsmöglichkeit herstellen konnte. Die

Zusammenarbeit kommt jedoch nicht zustande, stattdessen eine Überweisung. Nimmt der zweite Therapeut diesen Ablauf und die damit einhergehenden Gefühle in seinen Patienten-Therapeuten-Dialog auf, dann läßt sich womöglich reflektieren, daß die Patientin sich isolieren muß, um - je nach Hypothese - zum ersten Therapeuten zurückzugehen oder um generell einer weiteren Enttäuschung vorzubeugen. Auf diesem Wege könnte eine Kooperationsmöglichkeit auch für die zweite Patienten-Therapeuten-Interaktion wieder etabliert werden, wenn u.a. die veränderte Selbst- und Umweltwahrnehmung der Patientin mit reflektiert wird.

Diese Zugangsebene kann durch vielschichtige Faktoren verbaut sein, grundsätzlich dadurch, daß der Therapeut darauf setzen muß, daß der Patient bestimmte Erfahrungen und Ereignisse in ein biographisches Kontinuum einordnen kann.

"Es gibt Patienten, die darunter leiden, keine Geschichte zu haben. Sie können zwar die Aufeinanderfolge und Gruppierung von Geschehnissen in ihrer Biographie unterscheiden und darstellen, doch fehlt ihnen die Erfahrung und die Vorstellung eines innerlich zusammenhängenden Prozesses ihres Seins und Werdens vor dem Hintergrund eines erlebten Zeitkontinuums. Mit "Geschichte haben" ist hier etwas gemeint, das die Entfaltung und Erweiterung des persönlichen Erlebens, gegebenenfalls auch seine Einengung und Verarmung als einen anhaltenden Vorgang in der Zeit umfaßt, die Verwandlung und Veränderung einbezieht. "Geschichte haben" oder "Geschichte erfahren" setzt das Erleben und Realisieren des Zusammenhangs des Werdens voraus. Das Gewahrwerden der eigenen Entfaltung in der Zeit kann den Menschen für die Geschichtlichkeit des Daseins hellhörig machen und ihn zu einem immer wieder neuen Bemühen um die Erfassung und Deutung der eigenen Geschichte anregen" (SCHACHT 1978, S. 97).

Gelingt auf dieser Basis die einverständliche Orientierung zwischen Patient und Therapeut nicht, kann die Herstellung

einer grundsätzlichen Kooperationsmöglichkeit scheitern. Der folgende Ausschnitt aus insgesamt fünf Vorgesprächen erläutert diesen Verlauf, obwohl die Überlegungen zur Patientenentscheidung zunächst einige Ansatzpunkte zu bieten schienen.

Fallbeispiel 9

Herr M. - ein junger Mann von 27 Jahren - mit einer bewegten, beinahe abenteuerlich klingenden Lebensgeschichte, bemüht sich um eine Psychoanalyse, um ein Therapieverfahren, das er nach seinen Worten aus der Theorie bereits hundertprozentig kenne und das ihm wie auf den Leib geschrieben sei. Er leide unter massiven Ängsten, nicht erfüllbaren Größenphantasien, verschiedenen Zwangssymptomen und einer Arbeitsstörung. Aus m.E. gewichtigen Gründen - hinsichtlich der geringen Stabilität der Ichfunktionen des Patienten - erschien mir eine Analyse als nicht geeignet, jedoch war und fühlte ich mich aufgefordert, Ansatzpunkte für eine modifizierte Unterstützung zu finden. Die Lebensgeschichte des Patienten - für mich anregend und interessant zu hören - waren für ihn Fakten, Ausschnitte mit größeren Lücken. Eine Vergangenheit mit kleinen Erinnerungen, mit Gefühlen habe er nicht, sie sei nicht wichtig und dunkel. Die Beziehung zu den Eltern und zwei Brüdern sei seit vielen Jahren abgebrochen. 1978 versuchte Herr M. eine Psychoanalyse zu beginnen. Er suchte einen Kollegen auf, der ihm einen Therapieplatz anbot, den der Patient aber nach dieser Zusage nicht annehmen wollte. Zu seinem Entschluß erinnerte Herr M., daß seiner Therapieanfrage eine Krise in seiner Ehe voranging, die er - so seine Worte - aber schnell wieder selbst behoben habe. Das dritte Vorgespräch eröffnete Herr M. damit, daß er mitteilte, seine Frau wolle ausziehen und

den gemeinsamen Sohn mitnehmen. Ich bot ihm daraufhin mein Mitüberlegen an. Herr M. schien zunächst darauf eingehen zu wollen, teilte dann aber in der nächsten Sitzung zufrieden mit, daß er die Schwierigkeiten wieder gerade gebogen habe. Er möchte von mir die Zusage haben, möglichst umgehend eine richtige Psychoanalyse zu beginnen.

Wie ist dieser Ablauf unter der hier zentralen Perspektive zu bewerten? Patient und Therapeut finden zunächst keinen gemeinsamen Ansatzpunkt für eine Zusammenarbeit. Herr M. will den Beginn der Therapie machtvoll verfügen, der Therapeut versucht seine defensiven Reaktionen zu reflektieren und seine Wahrnehmung freizuhalten für kooperative Beziehungsaspekte. Nach dem neuen theoretischen Modell über die Patientenentscheidung "entdeckt" der Therapeut Möglichkeiten, die eine partielle Identität des Patienten - hinsichtlich seiner Entscheidung - neu festlegen könnte. Der Patient kann diese affektive und kognitive Bewegung bzw. Orientierung nicht aufnehmen und besteht auf den Beginn einer Psychoanalyse. Die Interpretation seines Beziehungsverhaltens (Zusammenhänge zwischen narzißtischen Kränkungen und anal-narzißtischen Machtphantasien) führt zu keiner Resonanz. Die ursprüngliche Forderung wird nun stereotyp wiederholt.

Ein letztes Fallbeispiel soll die besondere Schwierigkeit im Umgang mit kooperationsbestimmenden Erfahrungsbeständen noch vertiefen. Für den Verlauf von Erstgesprächen betonen HOHAGE, KLÖSS u. KÄCHELE "die diagnostische Klärung der Konfliktdynamik kann nur fruchtbar werden auf der Basis eines entsprechenden Gesprächsauftrages des Patienten, der vom Therapeuten respektiert wird"(HOHAGE, KLÖSS u. KÄCHELE 1981, S. 547). Die Autoren verweisen unter anderem auf

BALINT 1961, KLAUBER 1972, CREMERIUS et al. 1979 und HAESLER 1979. Als Beispiel für einen "ungünstigen Gesprächsverlauf" wird die folgende Interviewsituation berichtet:

"Eine 52jährige, ledige Verwaltungsangestellte wird vom Hausarzt an uns wegen häufiger Magenschmerzen überwiesen, die zusammen mit starker Unruhe und nachfolgender Erschöpfung auftreten. Die Symptomatik ist seit vielen Jahren bekannt, hat sich aber in den letzten zwei Jahren erst zu einem ernsten Leiden entwickelt. Sehr früh im Gespräch erwähnt die Patientin, daß ihre Mutter vor zwei Jahren gestorben sei und daß sie deren Tod nur schwer verkraften könne. Dann wechselt sie das Thema und berichtet von ihren häufigen Auseinandersetzungen mit einem männlichen Vorgesetzten. Dieser scheint die häufige krankheitsbedingte Abwesenheit der Patientin nicht zu tolerieren, das schlechte Arbeitsklima sei wohl verantwortlich für ihre Beschwerden.

Im Verlauf des Gesprächs klärt der Interviewer die Beziehungen der Patientin zu ihrer Mutter und erfährt, daß sie ihr ganzes Leben mit dieser geteilt habe und deshalb gar nicht dazu gekommen sei, sich für männliche Partner zu interessieren. (Der Vater ist bereits in ihrer Pubertät verstorben.) Mit Tränen in den Augen schildert die Patientin die Fürsorglichkeit der Mutter, die sie damals gar nicht recht geschätzt habe, so daß es sogar manchmal zum Streit gekommen sei. - Hier wechselt sie wiederum abrupt das Thema und kehrt zu ihrem verständnislosen und unfreundlichen Chef als Ursache ihrer Krankheit zurück.

Der Interviewer glaubt zu verstehen, daß die Patientin im Umgang mit Männern leicht in aggressive Spannung gerät, die vermutlich der Abwehr positiver ödipaler Gefühle dient, die zugleich aber verwendet wird, eine überfürsorgliche und einengende Mutter nach ihrem Tod in Schutz zu nehmen. Er entscheidet sich, in seiner Arbeit die Schuldgefühle in den Vordergrund zu rücken. Seine deutenden Hinweise auf Schuldgefühle, die mit den Spannungen verbunden sein müßten, werden trotz ihrer entlastenden Formulierung von der Patientin energisch zurückgewiesen: Zwar habe die Mutter sie gelegentlich kontrolliert, aber die Beschwerden hingen viel mit der Situation am Arbeitsplatz zusammen. Die Patientin wird jetzt immer abweisender und beklagt sich schließlich über die "Verständnislosigkeit" des Interviewers. Dieser enthält sich jetzt weiterer Deutungen. Die Patientin beendet das Gespräch abweisend und ohne den Wunsch nach einer Fortsetzung.

Nach etwa einem Jahr meldet sie sich erneut beim gleichen Therapeuten mit unveränderten Symptomen und mit weiteren Beschwerden über ihren Chef. Jetzt kann sie von sich aus auf die Beziehung zur Mutter eingehen und erzählen, wie groß die Einschränkungen, aber auch die Gratifikation dieser Verbindung gewesen sind. Von hier aus wird eine gewisse Bearbeitung der Schuldgefühle möglich"(HOHAGE, KLÖSS und KÄCHELE 1981, S. 547 f).

Die Autoren verweisen auf eine offensichtlich sachliche "Richtigkeit" des Deutungsansatzes, der jedoch am Gesprächsauftrag der Patientin vorbeiging. "Immerhin blieb trotz dieses Fehlers noch so viel an positiver Beziehung übrig, daß die Patientin dann auf das Fort-

setzungsangebot des Interviewers eingehen konnte, als sie in der Lage war, sich mit ihren Schuldgefühlen bezüglich des Todes der Mutter zu konfrontieren" (HOHAGE, KLÖSS und KÄCHELE 1981, S. 548).

Werden - im Gegensatz zu dem vorgegeben Verlauf - die in der Theorie über die Patientenentscheidung zusammengefaßten Erfahrungsbestände zugrundegelegt, ist ein anderer Gesprächsverlauf vorstellbar, der die Kooperationsmöglichkeit sicherstellt, ohne daß wesentliche psychoanalytische Auffassungen über die unbewußte Konfliktkonstellation vernachlässigt werden müssen. Eine Mitorientierung am Selbstkonzept der Patientin bzw. an der von ihr aktuell durchlebten Phase ihrer Krisenverarbeitung erlaubt die Etablierung kooperativer Ich-Anteile und Beziehungsaspekte, die wiederum eine schützend-integrierende Wirkung auf den Behandlungsbeginn und den einsetzenden Regressionsprozeß ausüben.

Nun läßt sich allerdings nicht ausschließen, daß die Anwendung bestimmter theoretischer Muster auch bei bester Absicht immer die Gefahr einer Kränkung und Zurückweisung hervorrufen kann. Allerdings bietet das hier vorgelegte Modell eine Möglichkeit an, diese Prozesse auch zu begreifen als Veränderungen in der Krisenverarbeitung des Patienten, die nicht überraschend und womöglich auch nicht irreversibel erfolgen, sondern die Möglichkeiten anbieten, diese Entwicklung in einen reflektierenden Dialog aufzunehmen. Von daher muß der Therapeut an kritischen Punkten - wie im dargestellten Beispiel - nicht unbedingt weitere Deutungen zurückhalten, sondern kann - in Kenntnis der Dimensionen des Psychotherapieinteresses - Anstöße zu einer Wiederherstellung der Beziehungsfähigkeit anbieten. Die potentiellen Chancen lie-

gen dabei in der Orientierung bzw. Neuorientierung an der aktuell möglichen Identität der Patientin, die ihre Therapieentscheidung in Abhängigkeit sieht von ihren beruflichen Schwierigkeiten und ihrer Hoffnung, auf ein verständnisvolles Akzeptieren ihrer Krise und ihrer Form der Krisenverarbeitung.

Nachdem jetzt eine Reihe von Problemen hinsichtlich des Therapiebeginns erörtert wurden, stellt sich die Frage, ob die neu gewonnenen Interpretationsmuster auch für andere Stadien des Therapieprozesses zusätzliche Reflexionsmöglichkeiten anbieten. Da die Bearbeitung spezifischer regressiver Phasen, die kritische Einschätzung von Therapieabbrüchen und die Überlegungen zum Analyseende jeweils eigenständige ausführliche Untersuchungen erfordern, soll hier nur abschließend die Relevanz der neuen theoretischen Grundstruktur in der Abschlußphase der Therapie dargestellt werden.

7. Hinweise zur Abschlußphase der Therapie

Die Diskussion verschiedener Probleme des Behandlungsendes beginnt meist mit der Überlegung, daß die psychoanalytische Literatur zu dieser schwierigen Frage nicht viel anbieten könne. Quantitativ ist diese Annahme nicht ganz zutreffend (siehe z.B. die Zusammenstellung von MENNINGER u. HOLZMANN 1977), allerdings bleibt das Inbeziehungsetzen zur eigenen therapeutischen Praxis brüchig. Hierfür verantwortlich ist zunächst die Mehrdeutigkeit im Verständnis von Analyseende.

"Man muß sich zunächst darüber verständigen, was mit der mehrdeutigen Redensart "Ende einer Analyse" gemeint ist. Praktisch ist das leicht zu sagen. Die Analyse ist beendet, wenn Analytiker und Patient sich nicht mehr zur analytischen Arbeitsstunde treffen. Sie werden so tun, wenn zwei Bedingungen ungefähr erfüllt sind, die erste, daß der Patient nicht mehr an seinen Symptomen leidet und seine Ängste wie seine Hemmungen überwunden hat, die zweite, daß der Analytiker urteilt, es sei beim Kranken so viel Verdrängtes bewußt gemacht, so viel Unverständliches aufgeklärt, so viel innerer Widerstand besiegt worden, daß man die Wiederholung der betreffenden pathologischen Vorgänge nicht zu befürchten braucht. Ist man durch äußere Schwierigkeiten verhindert worden, dies Ziel zu erreichen, so spricht man besser von einer unvollständigen als von einer unvollendeten Analyse.

Die andere Bedeutung des Endes einer Analyse ist weit ehrgeiziger. In ihrem Namen wird gefragt, ob man die Beeinflussung des Patienten so weit getrieben hat, daß eine Fortsetzung der Analyse keine weitere Veränderung versprechen kann. Also als ob man durch Analyse ein Niveau von absoluter psychischer Normalität erreichen könnte, dem man auch die Fähigkeit zutrauen dürfte, sich stabil zu erhalten, etwa wenn es gelungen wäre, alle vorgefallenen Verdrängungen aufzulösen und alle Lücken der Erinnerung auszufüllen. Man wird zuerst die Erfahrung befragen, ob dergleichen vorkommt und dann die Theorie, ob es überhaupt möglich ist" (FREUD 1937, S. 63).

Während im ersten Verständnis von "Ende" die Selbstkonzeption des Patienten einen wichtigen anteiligen Platz findet, dominiert in der zweiten Bedeutung die Interpretationskapazität des Analytikers. Dieser kann - wie z.B. RUFFLER (1958/59, S. 220 ff) zusammenfaßt - ein breites Reflexionsspektrum für die Abschlußphase der Therapie anbieten:

1. Die Interpretation des Gesamtverlaufes
(z.B. zunehmende Stabilisierung der Objektbesetzungen, Abbau der Verfolgungs- und depressiven Ängste, Liebes- und Arbeitsfähigkeit).
2. Spezifische Beobachtungen zur bevorstehenden Endphase
(Ablösungsproblematik, Auflösung der Übertragung).
3. Verlauf der Symptomatik (z.B. Symptomverschiebungen).
4. Es- und Triebkonstitution (Verhältnis von Trieb, Realität und Objektrepräsentanz).
5. Entwicklung der Ich-Struktur (Möglichkeiten der Realitätsverarbeitung und Spannungsbewältigung).
6. Einflußnahme der Über-Ich-Struktur (z.B. Zuwachs an Flexibilität).
7. Stand der Übertragungsentwicklung (z.B. die Fähigkeit zwischen Real- und Übertragungsbeziehung zu differenzieren).
8. Stand der Gegenübertragungsentwicklung (z.B. "Klärung" der affektiven Reaktionen in der Terminalphase).

9. Stand der Widerstandsverarbeitung (z.B. Verhältnis von Widerstand und wachsender Ich-Unabhängigkeit).
10. Wahrnehmung und Verarbeitung der Realität (Anpassung zwischen Dressur und Neuorientierung).

Neben diesen wichtigen Konzepten und ihren Differenzierungen bieten die theoretischen und praktischen Überlegungen zur Patientenentscheidung die Möglichkeit, eine spezifische Problemkonstellation gegen Therapieende zu diskutieren, die in dem Zusammenspiel der Dimensionen "Übertragungsneurose", "Arbeitsbündnis" und "Ichfunktionen" zu sehen ist.

Die Entwicklung und Auflösung der Übertragungsneurose folgt den bereits dargestellten psychoanalytikerzentrierten Konzepten, wie sie in dem folgenden Kurzbeispiel zusammengefaßt sind:

"Ein Patient leidet, außer an Migräne, an schweren Herzattacken mit objektivierbaren Herzrhythmusstörungen und subjektiv vernichtenden Todesängsten. Nach einem beruflich bedingten Umzug und dadurch notwendigen Therapeutenwechsel kam es zu einer massiven Verschlimmerung. Viel später erwies sich der Umzug als Wiederbelebung einer traumatischen Situation, in der sich das damals zweijährige Kind von seiner Mutter abgeschoben und von seiner Großmutter lieblos abgelehnt fühlte. Die damit zusammenhängenden reaktiv entstandenen Rache- und Todeswünsche waren allesamt nach innen gewendet und in der Körpersymptomatik verarbeitet. Als der Patient nach entsprechender Widerstands- und Übertragungs-Analyse den Therapeuten, von dem er sich ebenso wie von Mutter und Großmutter tödlich bedroht fühlte, ebenso laut wie scharf anklagen konnte, weil dieser ihm in seinem Erleben die ihm zustehende Beachtung verweigert hatte, ließ die tödliche Bedrohung und damit die Symptomatik nach. Voraussetzung dazu war, daß der Patient in der Übertragung den Therapeuten in Identifizierung mit dem Aggressor nicht nur gezielt existentiell bedrohen, sondern auch die Erfahrung machen konnte, daß dieser der Bedrohung standhielt" (KUTTER 1984, S. 555).

In der Abschlußphase der Therapie - so ist die Zielvorstellung - sind die pathologischen biographischen Fixierungen durchgearbeitet, in ihrer energetischen Besetzung gemildert und in eine flexiblere psychische Organisation übergegangen. Prognostisch im Vordergrund steht dabei die Frage, ob die Ich-Instanz des Patienten sich zu einem weitgehend offenen System entwickelt hat, so daß eine Umstrukturierung der Vergangenheit nach den Bedingungen und Neuerfahrungen der Gegenwart eingetreten ist (vgl. LOCH 1961, S. 154).

Allerdings bleibt die Entscheidung des Patienten, sein Arbeitsbündnis mit dem Therapeuten zu lösen oder auf einer Fortführung zu beharren, in jedem Fall interpretationsbedürftig. Die erste Entscheidung kann ein Element enthalten, beiden Seiten die Schmerzen weiterer bitterer Vorwürfe zu ersparen, die zweite Entscheidung kann z.B. zurückgehen auf ein Unvermögen, den Analytiker anders als ein forderndes Introjekt zu internalisieren (KLAUBER 1980, S. 85).

Neben diesen analytikerzentrierten Interpretationskanälen bestehen - so ist das Ergebnis der vorliegenden Arbeit - sinnvolle Wahrnehmungsebenen der Selbstkonzeption des Patienten, die gemeinsame Überlegungen und Entscheidungen differenzieren können. Die neuen Interpretationsmöglichkeiten setzen einen anderen Schwerpunkt als das seit den Anfängen der Psychoanalyse häufig diskutierte Thema der Unterscheidung zwischen "therapeutisch geheilt" und "analytisch geheilt" (vgl. RUFFLER 1958/59, S. 104 f). Bei der "therapeutischen Heilung" wird dem subjektiven Gefühl des Patienten (im günstigsten Falle: Stärke, Sicherheit, Vertrauen usf.) hohe entscheidungsleitende Bedeutung zuerkannt. Daraus folgt, daß in der realen Terminalphase die Be-

arbeitung der Ablösung im Sinne des Übertragungs- und Widerstandskonzeptes in den Hintergrund tritt, stattdessen die Therapie in ein ruhiges Fahrwasser einläuft und nicht konfliktaufdeckend beendet wird.

Nach den hier neu erarbeiteten Überlegungen zur Patientenentscheidung wendet sich der Therapeut - wie in der Anfangsphase der Therapie - an die kritische kognitive Kompetenz des Patienten, die Sinnperspektive seiner Entscheidung zu bedenken und in Frage zu stellen. Gelingt es Patient und Therapeut den anstehenden Schritt als subjektiv sinnvoll, eingebettet in der aktuellen Lebenspraxis zu interpretieren, dann ergänzt der Patient einen weiteren Teilaspekt seiner Identität. Hinzukommt für den Patienten (und den Therapeuten) die Möglichkeit, ein integratives Moment von Beziehungsaufnahme und -fähigkeit zu internalisieren. Diese Art von Sicherheitsgarantie ist erfahrungsgemäß gerade bei der Therapie von sogenannten "frühen Störungen" von besonders hoher Bedeutung (vgl. auch ROHDE-DACHSER 1983, S. 201). Abschließend werden zwei Beispiele zur weiteren Verdeutlichung herangezogen.

Fallbeispiel 10

Frau W. - 37 Jahre alt, geschieden, zwei Kinder in der Betreuung ihres Mannes - begann die Therapie nach einem Suicidversuch, der eine lange depressive Entwicklung beenden sollte. Vorausgegangen waren die Trennung der Ehe, die freiwillige Aufgabe der Kinder und einige subjektiv schwere Verletzungen durch den Ehemann. Frau W. regredierte in einen apathischen Zustand und eine fast durchgängige Isolierung, die durch den Suicidversuch und die damit verbundenen Kontaktaufnahmen unterbrochen wurde. Die sich anschließende mehrjährige Therapie verlief vorwiegend in der Anfangsphase schwierig und stagnierend, hatte aber insgesamt erfreulich progressive Entwicklungstendenzen. Eine absehbare Beendigung der Zusammenarbeit wurde ins Auge gefaßt und erschien nicht auffallend problematisch. In der ersten Sitzung nach einem Wochenende berichtete die Patientin die folgenden Eindrücke, die als zentrales Thema auch die weiteren Stunden bestimmten (ich gebe die Gedankengänge der Patientin hier zusammenhängend wieder):

"Gestern nachmittag habe ich in meinem Zimmer gesessen, ich hatte Magen-, Kopf- und Rückenschmerzen. Zuerst dachte ich, daß ich meine Kinder besuchen muß, ich kenne das ja, dieses Gebot-Gesetz, das in mir sitzt und mich verurteilt. Man muß ja über seine Kinder Freude empfinden, das ist ein Gebot, das hat so zu sein. Ich fühlte mich ganz zerquält. Dann habe ich weitergedacht und Ihnen unterstellt, daß Sie es wollen, daß ich heute zu meinen Kindern Kontakt aufnehme. In diesen Gedanken konnte ich mich richtig reinsteigern, ich habe gegrübelt und gegrübelt, wie ich den Besuch möglich machen kann, aber nicht wegen der Kinder, sondern Ihretwegen. Damit ist das Klassenziel erreicht, wir können aufhören. Ich konnte auf einmal ganz genau erinnern, was

Sie vor einem Jahr gesagt haben, als ich umgezogen bin. Sie haben überlegt, ob in meiner Wohnung die Kinder auch genug Raum haben werden. Ich war erschrocken und fühlte mich verurteilt. Wir haben dann viele Stunden darüber gesprochen und ich habe Sie auch gefragt, ob Sie mich kritisieren, daß ich den Umzug so wenig überlegt habe. Sie haben meine Vermutung bestätigt und mir gesagt, daß Sie Ihre Kritik an mir merken, aber daß diese - nach Ihrer Meinung - bei weitem nicht so stark sei wie meine eigene Verurteilung. Aber so habe ich Sonntag wieder empfunden. Sie saßen in mir drin und waren mein Gebot und mein Gesetz. Ich sehne mich danach, davon frei zu sein, dieses Verbot zu übertreten und dagegen zu sündigen."

Diese Konstellation führte zu neuen Überlegungen zum Analyseende und letztlich zu einer Verlängerung. Obwohl die gemeinsame Freude über die bisher möglichen Entwicklungsschritte anhielt, erlebten die Patientin und ich eine erneute aktuell sinnvolle Dynamik, die auch die Analyse weiterfließen ließ. Für den hier möglichen Interpretationsversuch der gemeinsamen Entscheidung erscheint die folgende Differenzierung sinnvoll:

1. Die kognitive Kompetenz der Patientin erfaßt verschiedene Aspekte der Behandlungsfortschritte und der eigenen progressiven Entwicklung. Zwischen Patientin und Therapeut besteht ein Einvernehmen.
2. Die in der Zusammenfassung zitierte Wahrnehmung der Patientin identifiziert einen Konfliktablauf, der in den Grundstrukturen bereits bekannt ist,

der aber eine neu belebte erhebliche Verunsicherung darstellt. Der Therapeut findet hierzu einen emotionalen Zugang.

3. Die Wahrnehmung der Patientin wird als ein typischer Objektbeziehungskonflikt (die Ausrichtung nach dem bestrafenden Introjekt dient der Vermeidung von Angst) interpretiert, der eine aktualisierte Abbildungsmöglichkeit in der Übertragungsbeziehung findet und somit die erneute Gelegenheit zur Durcharbeitung anbietet.
4. Alle Verarbeitungsebenen können im Patienten-Therapeuten-Dialog offengelegt werden, einschließlich der Überlegung, daß vielleicht auch weiterhin damit zu rechnen ist, daß bei Zunahme von Trennungsangst (Beendigung der Therapie) ein Introjektionsvorgang erfolgt, der diesen Schritt verhindern muß.

In dem folgenden abschließenden Ausschnitt wird eine Konstellation dargestellt, die insbesondere die Gemeinsamkeit der affektiv-kognitiven Bewertung des aktuellen Entwicklungsstandes herausarbeitet. Hinzu kommt - im Gegensatz zum Fallbeispiel 10 - daß der Therapeut als gutes Objekt introjiziert wird.

Fallbeispiel 11

Herr L. ist erfolgreicher selbständiger Künstler, 43 J. alt, in kinderloser Ehe verheiratet. Seit dem 20. Lebensjahr leidet er unter schweren psychovegetativen Symptomen, hat in Abständen epilepsieähnliche Krampfanfälle und insgesamt einen sehr hohen Angstpegel. Herr L. hat umfangreiche psychotherapeutische Erfahrungen in Gruppentherapie und Einzelanalyse, die beiden letzten Analysen mit mir dauerten jeweils fünf und zwei Jahre mit einer dazwischenliegenden dreijährigen Pause. In der Abschlußphase der zweiten Therapie, der Zeitpunkt der Beendigung war

noch nicht ganz genau festgelegt, verursachte der Patient auf der Fahrt zur Analyse einen leichten Unfall (mit allerdings hohem Sachschaden), den er allein verschuldet hatte. Nach der üblichen Unfallabwicklung lief Herr L. - noch in starker Aufregung - zum nächsten Telefon, rief mich an, teilte das Geschehen mit und drohte schimpfend "wenigstens diese Stunde werde ich nicht bezahlen". Zur nächsten Stunde kam der Patient erleichtert - und weniger höhnisch als in vergleichbaren Situationen - mit dem Scheck wedelnd und erklärte folgende Zusammenhänge (ich gebe seine Position über mehrere Stunden zusammenfassend wieder):

"Das war unsinnig mit meiner Androhung am Telefon, aber die Wut war so groß. Ich weiß ja, wie es weitergehen könnte, und den Ausgang dieser Diskussion kenne ich auch. Ich habe auch zuhause gesessen und gegrübelt, wie es eigentlich zu diesem Unfall gekommen ist. Nein, eigentlich habe ich nicht über die Gründe nachgegrübelt, da ist mir ja allerhand eingefallen. Ich habe wohl mehr darüber nachgedacht, daß das ewige Suchen und Bohren irgendwo auch unsinnig ist. Ich habe ja auch eine Vollkasko-Versicherung abgeschlossen, das wäre vor Jahren ja noch völlig unmöglich für mich gewesen. Genausowenig konnte ich ja Rechnungen schreiben, Schulden eintreiben, mit anderen Leuten verhandeln usw. Da ist mir auch eingefallen, was mich am Anfang der ersten Therapie so in Gang gebracht hat. Ich stand ja immer zwischen Klinik und Therapie und statt nun erleichtert zu sein, endlich wieder einen Therapieplatz zu haben, bin ich immer zu spät gekommen. Verbiestert habe ich auf der Couch gelegen und auf die Deutungen gewartet und da

haben Sie ziemlich mürrisch gesagt "Kaufen Sie sich mal ne Uhr". Ich hab die Uhr gekauft und Sie Ihnen beleidigt und stolz unter die Nase gehalten. So ist das, ohne Uhr auch keine Vollkasko-Versicherung. Ich weiß ja, omnipotent wie ich bin, möchte ich sagen können "mir macht keine Maus ins Korn", aber ich muß auch sagen, meine Gefühle und mein Leben haben sich sehr verändert, ich habe wieder Kraft."

Im Unterschied zum Fallbeispiel 10 entsteht über das aktuelle Geschehen keine neue sinnvolle Dynamik, die den analytischen Prozeß weiterträgt. Die Phase eines gemeinsamen narzißtischen Hochgefühls hält an und geht gradlinig in die Beendigung der Therapie über. Auch diese Entwicklung bleibt weiterhin interpretationsbedürftig und vielleicht auch fragwürdig. Sie zeigt allerdings, daß es sehr lohnenswert sein kann, die Dimensionen der Patientenentscheidung zum Therapieende näher ins Blickfeld zu rücken, um zur weiteren Differenzierung eines verantwortlichen Therapeutenverhaltens beizutragen.

VI Schlußbemerkung

Die vorliegende Arbeit untersucht das Bedingungsgefüge der Patientenentscheidung vor Aufnahme einer analytischen Psychotherapie. Im Anschluß an methodische Grundlagen der Hermeneutik, des interpretativen Paradigmas und der biographischen Analyse wird ein Theorienmodell entwickelt, daß die Entscheidung als Vermittlungsprozeß dreier Dimensionen festlegt: der subjektiven Existenzbelastung, der produktiven Krise und der sozialen Vermittlung des Behandlungsverfahrens. Herausgearbeitet wird, daß der Kulminationspunkt der Entscheidung nicht als "statische Momentaufnahme" des Selbstkonzeptes des Patienten verstanden werden kann, sondern als Stufe im Interpretationsdialog zwischen Patient und Therapeut, der in einzelnen Beispielen gewichtet und zusammengefaßt dargestellt wird. In dieser Konstruktion des Bedingungsgefüges ist die Selbstwahrnehmung des Patienten enthalten, jedoch verarbeitet über die Wahrnehmungsebene des Therapeuten, die über die Erweiterung der Interpretationslinien verfeinert bzw. korrigiert werden kann.

Gegenüber den normativ-nomothetischen Ansätzen innerhalb der Psychoanalyse ist entschieden herauszustellen, daß eine Untersuchung dieser Art, die gezielt grundagentheoretische Modelle der Sozialwissenschaft verwendet, sehr geeignet sein kann, Differenzierungen von Interaktionszusammenhängen sichtbar zu machen. Während die diskutierten psychoanalytischen Konzepte der klassischen Metapsychologie, der Narzißmustheorie, der Objektbeziehungstheorie und der Übertragung-Gegenübertragung unterschiedlich erlebnisnahe Übersetzungsmodelle aus dem Dokumentationssystem und dem Verarbeitungsmuster des Therapeuten anwenden, versucht die vorliegende Untersuchung aufzuzeigen, daß eine Theorie

unter stärkerer Miteinbeziehung der Selbstwahrnehmung des Patienten wesentliche Veränderungen der Patienten-Therapeuten-Interaktion herbeiführen kann. Die entscheidende Ausgangssituation liegt in der Verstärkung einer sinnrealisierenden Orientierung, die Patient und Therapeut veranlaßt, die Therapieentscheidung nicht unter einer unbewußten kausalen triebenergetischen Komponente wahrzunehmen, sondern als eine subjektiv-intentionale Repräsentanz, deren Ausarbeitung eine partielle Sinn-auffüllung ermöglicht. Dieser Interpretationsversuch differenziert auch die Selbstwahrnehmung des Therapeuten, der in seiner emotionalen und kognitiven Zugangsmöglichkeit durchaus unterschiedlich angesprochen sein kann, z.B. ob er einen Patienten mit einer "Herzneurose" diagnostizieren und prognostizieren soll, oder ob er einen Patienten wahrnimmt, der unter einer "Herzneurose" leidet, jetzt aber unter einem ausdeutbaren Bedingungsgefüge ein Therapieinteresse anmeldet. Entwickelt sich über diese Ebene ein partielles Erleben einer Fusion - im Sinne einer Ausdehnung des Narzißmus auf das Objekt - bedeutet dies aufmerksame Hinwendung, Interesse, die Erfahrung einer Richtung und Identität, die insbesondere in der Anfangsphase der Therapie eine wichtige und die Zusammenarbeit erleichternde Rolle spielt. Zu bedenken ist, daß erst auf der Grundlage einer fusionären Beziehung eine Identifikation als aktive Ich-Leistung entstehen kann, ein Prozeß, der durch einen produktiven Einstieg in den Therapieprozeß gefördert wird und der eine angstmildernde Rolle gegenüber einer (manchmal zu frühen) Hinwendung zu den latenten Konfliktebenen darstellt. Ergänzen sich beide Partner im Sinne einer

Erweiterung des Selbst, dann stabilisiert sich in dieser partiellen narzißtischen Einheit gemeinsames Interesse und Freude über die Kooperation. Beides wiederum schafft Basis für das bevorstehende Dickicht. Im Gesamtrückblick lassen sich die folgenden Positionen zusammenfassen:

1. Angeboten wird eine neue Wahrnehmungsebene, die Patient und Therapeut helfen kann, die Therapieentscheidung als subjektiv sinnvoll - in der aktuellen Lebenspraxis eingebettet - zu identifizieren. Dadurch wird eine partielle Identitätsarbeit geleistet.
2. Im Rahmen der Indikationsstellung - und zwar hier spezifisch die subjektive Indikation betreffend - eröffnet die Reflexion der Patientenentscheidung Interpretationsmöglichkeiten darüber, ob beide Beteiligten voraussichtlich in der Lage sein werden, miteinander eine emotionale Erfahrung zu machen, die wiederum als tragfähige Objektbeziehung die sichere Grundlage des psychoanalytischen Prozesses darstellen kann. Dieser diagnostischen Einschätzung wird allgemein neben der Kennzeichnung des Krankheitsbildes, der Konfliktstruktur, der Beziehungsdynamik und der jeweils spezifischen Gefährdungen für den Patienten eine hohe Bedeutung zuerkannt.
3. Da die erste Behandlungsphase überwiegend der Herstellung einer Objektbeziehung dient, die den regressiven Therapieprozeß möglichst sicher umfassen soll, sind alle Erfahrungen von Bedeutung, die diese partielle Stabilisierung unterstützen. Hier spielen die Begriffe "taking care", "holding function", "primäre Mütterlichkeit", "Reizschutz" usw. eine be-

sondere Rolle. Daneben ist zu beachten, daß in dieser ersten Phase genetische Rekonstruktionen den Patienten im allgemeinen nicht erreichen werden, so daß andere Gesichtspunkte an Bedeutung gewinnen, wie z.B. der Beginn einer gemeinsamen Geschichte für Patient und Therapeut, die ihren Anfang findet im Therapieinteresse des Patienten und möglicherweise in einem Dialog über sein Bedingungsgefüge. Über die Reflexion dieser Ebene kann eine Objektbeziehung hergestellt werden, die für den Patienten evident ist, gerade weil sie sich auf Stationen gemeinsamen Erlebens bezieht.

Abschließend soll noch einmal festgehalten werden, daß der hier entwickelte Zugang zu einer Theorie der Patientenentscheidung Anregungen anbieten kann, z.B. therapeutische Krisen oder auch die Frage des Analyseendes (S. 176 - 185) neu zu reflektieren. Hinsichtlich des Analyseendes z.B. gibt es eine Vielzahl relativ unbestimmter Gesichtspunkte (siehe GLOVER, GREENSON oder MENNINGER und HOLZMAN), die in ihren wesentlichen Kriterien den Interpretationsmustern des Therapeuten folgen, jedoch nicht zentral die Selbstwahrnehmung des Patienten reflektieren. Über eine Sinnrealisierung dieser wichtigen Phase lassen sich einige Verfeinerungen der therapeutischen Wahrnehmung und der Individuierung des Patienten erarbeiten, wie sie m.E. für die Reflexion der Patientenentscheidung vor Aufnahme einer analytischen Psychotherapie hier vorgelegt wurden.

Literaturverzeichnis

- | | |
|--|---|
| Alheit, P. | Alltag und Biographie. Arbeitspapiere des Forschungsprojektes "Arbeiterbiographien" Bremen 1982, Heft 4 |
| Arbeitsgruppe
Bielefelder
Soziologen | Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit, Hamburg 1973 |
| dieslb.: | Kommunikative Sozialforschung, München 1975 |
| Argelander, H. | Das Erstinterview in der Psychotherapie, Darmstadt 1970 |
| derslb.: | Diskussionsbeitrag zu P. Fürstenaus Arbeit "Die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umgangs mit strukturell ich-gestörten Patienten, Psyche 1977, 31, 208-215 |
| Arlow, J.A. u.
C. Brenner | Psychoanalytic concepts and the structural theory. Int. Univ. Press. New York 1964 |
| Autorengruppe
Tübingen | Gesundheitspolitische Aspekte der klinischen Psychologie, Sonderheft III der "Mitteilungen der DGVT", Weinheim 1978 |
| Bach, H. (Hrsg.) | Der Krankheitsbegriff in der Psychoanalyse, Göttingen 1981 |
| Balint, A. u.
M. Balint | On transference and counter-transference Int. J. of Psycho-Anal., 1939, 20, 223-230 |
| Balint, M. | Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, Stuttgart 1957 |
| derslb.: | Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse, Bern-Stuttgart 1966 |
| derslb.: | Therapeutische Aspekte der Regression, Stuttgart 1970 |
| Balint, M. u.
E. Balint | Psychotherapeutic Techniques in Medicine, London 1961 |

- Bartels, M. Hermeneutik und Traumdeutung,
Psyche 1979, 33, 97-131
- Bateson, G.D. u.
D. Jackson u.a. Schizophrenie und Familie,
Frankfurt 1969
- Baumann, U. (Hrsg.) Indikation zur Psychotherapie,
München 1981
- Beese, F. Königsteiner Seminar, in: Der
Psychoanalytiker, 1981, 1, 6-13
- Bellak, L.,
M. Hurvich,
H. Gediman Ego Functions in Schizophrenics,
Neurotics and Normals, New York,
London, Sidney, Toronto 1973
- Belschner, W. u.
P. Kaiser Primäre Prävention und kritische
Lebenssituation, in: Filipp, S.H.
(Hrsg.), Kritische Lebensereignisse
und ihre Bewältigung, München 1981
- Bergson, H. Le temps et la liberte (Zeit und
Freiheit), übersetzt von
W. Windelbrand, Jena 1908
- Bibring, E. Contribution to the symposium on
the theory of the therapeutic
results of psycho-analysis,
Int. J. Psycho-Anal. 1937, 18
- Blanck, G. u.
R. Blanck Ich-Psychologie II,
Stuttgart 1980
- dieslb.: Angewandte Ich-Psychologie,
Stuttgart 1981²
- Blaser, A. Der Urteilsprozeß bei der
Indikationsstellung zur
Psychotherapie, Bern 1977
- Brocher, T. Rückblick auf 25 Jahre DGPPT,
in: Das Selbstverständnis des
Psychoanalytikers, Kongreßvor-
träge 1974, 36-58
- Bronfenbrenner, G. Ökologische Sozialisationsforschung,
Stuttgart 1976
- Cremerius, J. Ist die "psychosomatische Struktur"
der französischen Schule krankheits-
spezifisch, Psyche 1977, 31, 293-317

- Cremerius, J. u.a. Die manipulierten Objekte,
Psyche 1979, 33, 801-828
- Dahmer, H. Libido und Gesellschaft,
Frankfurt 1973
- Dantlgraber, F. Bemerkungen zur subjektiven
Indikation für Psychoanalyse,
Psyche 1982, 36, 193-225
- Davis, F. Passage through crisis,
Indianapolis 1963
- Deutsches Ärzteblatt 1976, Heft 24, 1634-36
- Deutsches Ärzteblatt Sonderdruck, Hefte 28, 30, 32,
1976, geänderte Neuauflage Juli 1978
- Deutsches Ärzteblatt Heft 26, 1976, 1768-74
- Duncker, K. Zur Psychologie des produktiven
Denkens, Berlin 1935
- Eicke, D. Die Bedeutung des Aggressionstriebes
für die Entscheidung des Narzißmus,
in: Mat. z. Psychoanalyse, 1978, 2,
105-124
- Einstein, A. Mein Weltbild 1934
- Engel, G.L. u. Eine psychoanalytische Theorie der
A.H. Schmale somatischen Störung, Psyche 1969,
23, 241-261
- Erikson, E.H. Das Problem der Identität,
Psyche 1956, 10, 114-176
- derslb.: Identität und Lebenszyklus,
Frankfurt 1966
- derslb.: Kindheit und Gesellschaft,
Stuttgart 1968
- derslb.: Einsicht und Verantwortung,
Frankfurt 1971
- Fenichel, O. The psychoanalytic theory of
neurosis, New York 1945
- Ferenczi, S. Technische Schwierigkeiten einer
Hysterieanalyse, Bausteine zur
Psychoanalyse, Bd. 3, Bern 1919,
1964

- derslb.: Weiterer Ausbau der "aktiven Technik" in der Psychoanalyse, Bausteine zur Psychoanalyse, Bd. 2, Bern 1920, 1964
- derslb.: Kontraindikation der aktiven psychoanalytischen Technik, Bausteine zur Psychoanalyse, Bd. 2, Bern 1926, 1964
- Filipp, S.H. (Hrsg.) Selbstkonzeptforschung, Stuttgart 1979
- dieslb.: Kritische Lebensereignisse und ihre Bewältigung, München 1981
- Frankl, W. Kunst und Geisteskrankheit, Universitas 13, 1958
- Freud, S. Gesammelte Werke, chronologisch geordnet, 18 Bde., Herausgegeben von A. Freud, W. Hoffer, E. Kris u. O. Isakower. Seit 1960 Frankfurt a.M. - (Standard Edition, 24 Bde., London, Hogarth Press u. The Institute of Psycho-Analysis).
- Studien über Hysterie, GW I, 1895, Frankfurt 1969⁵
 - Die Traumdeutung, GW II/III, 1900, Frankfurt 1973⁵
 - Bruchstücke einer Hysterie-Analyse, GW V, 1905, Frankfurt 1969⁵
 - Die zukünftigen Chancen oder psychoanalytische Therapie, GW VIII, 1910, Frankfurt 1969⁵
 - Über Psychoanalyse, GW VIII, 1910, 1-60, Frankfurt 1969⁵
 - Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides) GW VIII, 1911, Frankfurt 1969⁵
 - Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung, GW VIII, 1912, Frankfurt 1969⁵
 - Das Unbewußte, GW X, 1913, Frankfurt 1969⁵

- Zur Einführung des Narzißmus, GW X, 1914, Frankfurt 1969⁵
- Jenseits des Lustprinzips, GW XIII, 1920, Frankfurt 1969⁶
- Das Ich und das Es, GW XIII, 1923, Frankfurt 1969⁶
- Hemmung, Symptom, Angst, GW XIV, 1926, Frankfurt 1968⁴
- Die endliche und die unendliche Analyse, GW XVI, 1937, Frankfurt 1972⁴
- Die psychoanalytische Technik, GW XVII 1938, Frankfurt 1966⁴

- Fürstenau, P. Aktuelle Organisationsprobleme einer psychoanalytischen Vereinigung aus soziologischer Sicht, Z. f. Psychotherapie u. med. Psychologie, 1970, 20, 173 - 183
- derslb.: Probleme der vergleichenden Psychotherapieforschung. Eine sozialmedizinische Studie, Psyche 1972, 26, 423 - 462
- derslb.: Praxiologische Grundlagen der Psychoanalyse, Handbuch der Psychologie, Bd. 8, 1. Halbband, Göttingen 1976
- derslb.: Die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umgangs mit strukturell ich-gestörten Patienten, Psyche 1977, 31, 197-207
- Fuchs, W. Lebenslauf im Geschichtsprozeß, Biographisches und historisches Bewußtsein von Arbeitern, Skizze zu einem Forschungsprojekt, Marburg 1977
- Geissler, B. u. P. Thoma Medizinsoziologie, Eine Einführung in Grundbegriffe und Probleme, Frankfurt 1975
- Gerhardt, U. Krankenkarriere und Existenzbelastung, in: Z. f. Soziologie, Stuttgart 1976, 5, 215-236
- Gleiss, J., R. Seidel u. H. Abholz Soziale Psychiatrie. Zur Ungleichheit in der psychischen Versorgung, Frankfurt 1973

- Glover, E. The indications for psychoanalysis,
J. ment. Sci. 1955, 100, 393-401
- Goeppert, S. u.
H.C. Goeppert Redeverhalten und Neurose,
Reinbek 1975
- Goffman, E. The moral career of the mental patient,
New York 1961
- Goldstein, A.P. Strukturierte Lerntherapie, Ansätze
zu einer Psychotherapie der sozial
Benachteiligten, München 1978
- Gottschalk, L.A. u.
C.C. Gleser The measurement of psychological
states through the content-analysis
of verbal behavior, Berkeley 1969
- Greenson, R.R. The Technique and Practice of
Psychoanalysis, New York 1967,
Deutsch: Technik und Praxis der
Psychoanalyse I, Stuttgart 1973
- Haarstrick, R. Die Psychoanalyse in der Berufs-
und Gesundheitspolitik der letzten
25 Jahre, in: Das Selbstverständnis
des Psychoanalytikers, Kongreßvor-
träge, München 1974, 59-75
- Habermas, J. Erkenntnis und Interesse,
Frankfurt 1968
- derslb.: Theorie des kommunikativen Handelns,
Frankfurt 1981
- Haesler, L. Zur Technik des Interviews bei
unergiebigem Patienten, Psyche 1979,
33, 157-182
- Hahn, P. Zur Analyse der auslösenden Situation
bei der sogenannten "Herzphobie".
Z. Psychosom. Med. 1965, 11, 264
- Hartmann, H. Ich-Psychologie und Anpassungsprobleme,
Int. Z. f. Psychoanalyse, 1939, 25
- derslb.: Ich-Psychologie und Anpassungsprobleme,
Stuttgart 1970²
- derslb.: Ich-Psychologie. Studie zur psycho-
analytischen Theorie, Stuttgart 1972

- Hartmann, H.,
E. Kris u.
R.M. Loewenstein Comments on the formation of psychic
structure. Psychoanalytic Study of
the child, 1946, 2, 11-38
- Heigl, F. Zum strukturellen Denken in der
Psychoanalyse, in: A. Schelkopf u.
S. Elhardt (Hrsg.), Aspekte der
Psychoanalyse, Göttingen 1969,
10-25
- derslb.: Indikation und Prognose in Psycho-
analyse und Psychotherapie,
Göttingen 1972
- derslb.: Psychotherapeutischer Gesamtbe-
handlungsplan, in: U. Baumann (Hrsg.)
Indikation zur Psychotherapie,
München 1981
- Heimann, P. Bemerkungen zur Gegenübertragung, 1950,
in: Psyche 1964, 18, 483-493
- Henseler, H. Narzißtische Krisen,
Zur Psychodynamik des Selbstmordes,
Reinbek 1974
- Hilgard, E.R. u.
G.H. Bower Theorien des Lernens I,
Stuttgart 1970
- Hoffmann, S.O. u.
G. Hochapfel Einführung in die Neurosenlehre
und Psychosomatische Medizin,
Stuttgart 1979
- Hohage, R.,
L. Klöss u.
H. Kächele Über die diagnostisch-therapeutische
Funktion von Erstgesprächen in einer
psychotherapeutischen Ambulanz,
Psyche 1981, 35, 554-556
- Hollingshead, A.B. u.
F.C. Redlich Social class and mental illness,
A community study, New York 1958
- Horn, K. Psychoanalyse/Anpassungslehre oder
kritische Theorie des Subjektes,
in: Genthe, H.P. (Hrsg.), Marxismus
Psychoanalyse Sexpol, Frankfurt 1972
- derslb.: Psychoanalyse und gesellschaftliche
Widersprüche, Psyche 1976, 30, 26-49

- Jacobson, E. Das Selbst und die Welt der Objekte,
Frankfurt 1973
- Jones, E. Das Leben und Werk von Sigmund Freud,
Stuttgart 1960
- Jung, C.C. Die Psychologie der unbewußten
Prozesse, Zürich 1917
- derslb.: Bewußtes und Unbewußtes,
Frankfurt, Hamburg 1957
- Kaiser, P. Kompetenztraining zur Bewältigung
von Lebenssituationen als Beispiel
integrativer Psychotherapie. Bericht
über den Kongreß der klin. Ps. u.
Psychotherapie in Berlin 1980,
DGVt Tübingen 1981
- Keil, W. Psychologie des Unterrichts,
München 1977
- Kennel, K. Die Entscheidung zur psychoanalytischen
Behandlung, in: Muck u.a., Informationen
über Psychoanalyse, Frankfurt 1974
- Kernberg, O.F. Zur Behandlung narzißtischer Persön-
lichkeitsstörungen, Psyche 1975,
29, 890-905
- derslb.: Borderline-Störungen und patholo-
gischer Narzißmus, Frankfurt 1979
- derslb.: Objektbeziehungen und Praxis der
Psychoanalyse, Stuttgart 1981
- Keupp, H. (Hrsg.) Verhaltensstörungen und Sozialstruktur,
München 1974
- Keupp H. u.
J. Bergold Probleme der Macht in der Psychotherapie
unter spezieller Berücksichtigung der
Verhaltenstherapie, in: C.H. Bachmann
(Hrsg.), Psychoanalyse und Verhaltens-
therapie, Frankfurt 1972
- Klauber, J. Psychoanalytic Consultation, in:
P.L. Giovacchini (Hrsg.), Tactics and
Techniques in Psychotherapy,
London 1972

- derslb.: Schwierigkeiten in der analytischen Begegnung, Frankfurt 1980
- Klein, M. Das Seelenleben des Kleinkindes, Stuttgart 1962
- Kohut, H. Formen und Umformungen des Narzißmus, Psyche 1966, 20, 561-582
- derslb.: Die psychoanalytische Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen, Psyche 1969, 23, 321-349
- derslb.: Narzißmus - Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen, Frankfurt 1973
- derslb.: Die Zukunft der Psychoanalyse, Frankfurt 1975
- Kübler-Ross, E. Interviews mit Sterbenden, Berlin 1971
- dieslb.: Was können wir noch tun? Berlin 1975
- dieslb. (Hrsg.) Reif werden zum Tode, Berlin 1976
- Kutter, P. u. H. Roskamp Psychologie des Ichs, Wissenschaftl. Buchgesellschaft, Darmstadt 1978
- Kutter, P. Einleitung. Neue Entwicklungen der Psychoanalyse, in: Kutter, P. (Hrsg.) Psychoanalyse im Wandel, Frankfurt 1977 a
- derslb.: Psychotherapie auf psychoanalytischer Grundlage, Psyche 1977 b, 31, 957-974
- derslb.: Die Dynamik psychosomatischer Erkrankungen - damals und heute, Psyche 1984, 38, 544-562
- Laing, R.D. Die Politik der Familie, Köln 1974
- Lange-Eichbaum, W. Urtümliches Erleben und Denken, Berlin 1950

- derslb.: Das Genie-Problem,
München-Basel 1951
- derslb.: Genie, Irrsinn, Ruhm,
München-Basel 1976⁶
- Lazarus, R.S.,
J.R. Arvill u.
E.M. Opton The psychology of coping: Issues
and assessment, in: Coelho, G.V.
et al. (Hrsg.), Coping and adaption
New York 1974, 249-315
- Lehmann, A. Autobiographische Erhebungen in den
sozialen Unterschichten, in: Z. f.
Volkskunde, 1977, 2, 161-180
- Liebig, J. Induktion und Deduktion, 1865
- Loch, W. Heilung als Ich-Integration, 1961,
in: Loch, W., Zur Theorie, Technik
und Therapie der Psychoanalyse,
Frankfurt 1972
- derslb.: Die Krankheitslehre der Psychoanalyse,
Stuttgart 1967
- derslb.: Über theoretische Voraussetzungen
einer psychoanalytischen Kurztherapie
1967, in: Zur Theorie, Technik und
Therapie der Psychoanalyse,
Frankfurt 1972
- derslb.: Der Psychoanalytiker als Gesetzgeber
und Lehrer, 1974, in: Loch, W., Über
die Begriffe und Methoden der Psycho-
analyse, Bern 1975
- derslb.: Psychoanalyse und Wahrheit,
Psyche 1976, 10, 865-898
- derslb.: Anmerkungen zum Thema Ich-Veränderungen,
Ich-Defekte und psychoanalytische
Technik, Psyche 1977, 31, 216-227
- derslb.: Anmerkungen zu wissenschaftstheore-
tischen Problemen der psychoanaly-
tischen Praxis, in: S. Drews u.a.
(Hrsg.), Provokation und Toleranz,
Frankfurt 1978, 93-118

- derslb.: Triebe und Objekte, Bemerkungen zu den Ursprüngen der emotionalen Objektwelt, Jb. d. Psychoanalyse, 1980, XII, 54-81
- Lorenzer, A. Sprachzerstörung und Rekonstruktion, Frankfurt 1970
- derslb.: Über den Gegenstand der Psychoanalyse, oder: Sprache und Interaktion, Frankfurt 1973
- derslb.: Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis, Frankfurt 1974
- Lorenzer, A.,
H. Dahmer, K. Horn,
K. Brede u.
E. Schwanenburg Psychoanalyse als Sozialwissenschaft, Frankfurt 1971
- Mach, E. Analyse der Empfindungen, Jena 1906⁵
- Mader, W. Alltagswissen, Diagnose, Deutung: Zur Wirksamkeit von Wissensbeständen in Beratungssituationen, Z. f. Päd. 1976, 5, 699-714
- Mahler, M.S.,
F. Pine,
A. Bergmann Die psychische Geburt des Menschen - Symbiose und Individuation, Frankfurt 1978
- Massing, A. Buchbesprechung zu Sperling, E. u. J. Jahnke, Zwischen Apathie und Protest, 1974, in: Z. f. Psychosom. Medizin u. Psychoanalyse 1979, 25, 195-196
- Matthes, J. Einführung in das Studium der Soziologie, Reinbek 1973
- Menne, K. u.
K. Schröter Psychoanalyse und Unterschicht, Soziale Herkunft, ein Hindernis für die psychoanalytische Behandlung, Frankfurt 1980
- Menninger, K.A. u.
P.S. Holzman Theorie der psychoanalytischen Technik, Stuttgart 1977
- Mertens, W. Psychoanalyse, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1981
- Metzger, W. Psychologie, Darmstadt 1954², 1963³

- Mitscherlich, M. Die Psychoanalyse im Rahmen der psychosomatischen Medizin, Z. f. psychosom. Med. und Psychoanalyse, 1972, 18, 220-232
- dieslb.: Die Bedeutung des Übergangsobjektes für die psychosomatische Theorie, in: Overbeck, G. u. A. (Hrsg.), Seelischer Konflikt - körperliches Leiden, Reinbek 1978
- Moeller, M.L. Krankheitsverhalten bei psychischen Störungen und die Organisation psychotherapeutischer Versorgung, Das Argument 1972, 88-109
- derslb.: Zur Theorie der Gegenübertragung, Psyche 1977, 31, 142-166
- Moersch, E. u.a. Zur Psychopathologie von Herzinfarktpatienten, Psyche 1980, 34, 493-587
- Morgenthaller, S. Technik. Zur Didaktik der psychoanalytischen Praxis, Frankfurt 1978
- Moser, T. Kompaß der Seele, Frankfurt 1984
- Müller-Eckhard, W. Die Zwangsneurose als Pantomime des Nichts, in: Sborowitz, A., Der leidende Mensch, Darmstadt 1974, 327-351
- Nedelmann, C. Behandlungsziel und Gesundheitsbegriff der Psychoanalyse, in: Bach, H. (Hrsg.), Der Krankheitsbegriff in der Psychoanalyse, Göttingen 1981
- Negt, O. Soziologische Phantasien und exemplarisches Lernen, Frankfurt 1971²
- Nunberg, H. Allgemeine Neurosenlehre, Bern 1959, 1971³
- Overbeck, A. u. G. Overbeck (Hrsg.) Seelischer Konflikt - körperliches Leiden, Reinbek 1978
- Psathas, G. Ethnotheorie, Ethnomethodologie und Phänomenologie, in: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.), Reinbek 1976

- Rangell, L. Psychoanalyse und Veränderung,
Psyche 1976, 30
- Rapaport, D. Die Struktur der psychoanalytischen
Theorie, Stuttgart 1959, 1970²
- Rebell, C. Sozialpsychiatrie in der Industrie-
gesellschaft, Frankfurt 1976
- Richter, H.E. Lernziel Solidarität,
Hamburg 1974
- Richter, H.E. u.
D. Beckmann Herzneurose,
Stuttgart 1969
- Ricoeur, P. Die Interpretation, Ein Versuch
über Freud, Frankfurt 1969
- Rohde-Dachser, C. Das Borderline-Syndrom,
Bern 1983³
- Roth, J. Timetables, Indianapolis 1963
- Rudolf, G. Über die Schwierigkeiten, zwischen-
menschliche Beziehungen mit Hilfe
psychoanalytischer Beschreibungs-
modelle zu erfassen, Z. f. psychosom.
Med. 1976, 22, 135-149
- derslb.: Krankheiten im Grenzbereich von
Neurose und Psychose,
Göttingen 1977
- derslb.: Der psychische und sozial-kommunikative
Befund, Z. f. psychosom. Med. 1979,
25, 1-16
- Ruffler, G. Kriterien für die Beendigung der
psychoanalytischen Behandlung I und II,
Psyche 1958/59, 12, 88-123, 211-232
- Sandler, J. u.
A.M. Sandler On the development of Object relation-
ships and affects, in: Int. J. Psycho-
Anal. 1978, 59
- Sandler, J.,
C. Dare u.
A. Holder Die Grundbegriffe der psychoanalytischen
Therapie, Stuttgart 1973

- Seitz, P.F. The consensusproblem in psychoanalytic research, in: Gottschalk, L.A. u. A.H. Auerbach (Hrsg.), Methods of research in Psychotherapy, New York 1966
- Selz, O. Über die Gesetze des geordneten Denkverlaufs, Stuttgart 1913
- derslb.: Die Gesetze der produktiven Tätigkeit, Arch. ges. Psychol. 1916, 27, 367-386
- derslb.: Zur Psychologie des produktiven Denkens und des Irrtums, Bonn 1922
- Skinner, B.F. u.
W. Correll Denken und Lernen, Braunschweig 1967
- Specht, E.K. Der wissenschaftliche Status der Psychoanalyse. Das Problem der Traumdeutung, Psyche 1981, 35, 761-787
- Sperling, E. u.
J. Jahnke Zwischen Apathie und Protest, Band 1, Studentenprobleme und Belastungskonzepte einer ärztlich-psychologischen Beratungsstelle, Bd. 2, Empirische Studien zur psychosozialen Situation der Studenten, Bern-Stuttgart-Wien 1974
- Srole, L.,
T.S. Langner,
S.T. Michael,
M.K. Opler,
T.A.C. Dennie Mental Health in the metropolis: The midtown Manhattan study, New York 1962,1
- Schacht, L. Die Entdeckung der Lebensgeschichte, Psyche 1978, 32, 97-110
- Schneider, U. Sozialwissenschaftliche Methodenkrise und Handlungsforschung, Frankfurt 1980
- Schöttler, C. Zur Behandlungstechnik bei psychosomatisch schwer gestörten Patienten, Psyche 1981, 35, 111-141
- Schuchardt, E. Soziale Integration Behinderter, 2 Bände, Braunschweig 1980
- Schüleln, J.A. Probleme und Risiken selbstreflexiver Institutionen am Beispiel der Psychoanalyse, Kölner Z. f. Soz. u. Sozialpsychologie, 1978

- Schultz-Hencke, H. Einführung in die Psychoanalyse, Jena 1927, Göttingen 1972
- Schur, M. Sigmund Freud, Leben und Sterben, Frankfurt 1973
- Strupp, H.H. et al. Toward the longitudinal study of the psychotherapeutic process, in: Gottschalk, L.A. u. A.H. Auerbach (Hrsg.), Methods of Research in Psychotherapy, New York 1966
- Thoma, P. Psychische Erkrankung und Gesellschaft, Frankfurt 1978
- Thomä, H. et al. Das Konsensusproblem in der Psychoanalyse, Psyche 1976, 30, 978-1027
- Thomä, H. Identität und Selbstverständnis des Psychoanalytikers, Psyche 1977, 31, 1-42
- derslb.: Vom spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker, Frankfurt 1984
- Thomä, H. u. H. Kächele Wissenschaftstheoretische und methodologische Probleme der klinisch-psychoanalytischen Forschung, I und II, Psyche 1973, 27, 205-236 u. 309-355
- Trillhaas, W. Die eigene Geschichte erzählen, Ev. Kommentare 1978, 12, 715-718
- Tuschy, G. Depressive Struktur und Herzneurose, Z. f. Psychosom. Medizin und Psychoanalyse 1972, 18, 101-115
- Ullmann, G. Kreativität, Weinheim 1968
- Wallerstein, R. u. H. Sampson Issues in Research in the Psychoanalytic Process, Int. J. Psychoanal. 1971, 52
- Watson, J.B. Psychology as the behaviorist views it. Psychological Review, 1913, 20, 158-177

- derslb.: Behavior, An introduction to
comperative psychology,
New York 1914
- Watzlawick, P.,
J.G. Beavin u.
D.D. Jackson Menschliche Kommunikation,
Bern 1972
- Weber, M. Grundriß der Sozialökonomik, III
Abteilung Wirtschaft und Gesellschaft I,
Die Wirtschaft und die gesellschaft-
lichen Ordnungen und Mächte,
Tübingen 1921
- Weigeldt, I. Hamburger Kongreß - Psychotherapie
in der Öffentlichkeit, in: Der
Psychoanalytiker, 1981, 1, 4
- Wertheimer, M. Produktives Denken,
Frankfurt 1964²
- Winnicott, D.W. Primäre Mütterlichkeit,
Psyche 1960,61, 393-399
- derslb.: Übergangsobjekte und Übergangsphänomene,
in: Psyche 1969, 23, 666-681
- derslb.: Vom Spiel zur Kreativität,
Stuttgart 1973
- derslb.: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt,
München 1974
- derslb.: Von der Kinderheilkunde zur Psycho-
analyse, London 1958, München 1976
- Zetzel, E.R. Die Fähigkeit zu emotionalem Wachstum,
Stuttgart 1974

